



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2003 –

**EXISTE-T-IL UNE EVOLUTION DES PRATIQUES DES
PROFESSIONNELS QUI INTERVIENNENT DANS LES
SECTEURS SPECIALISEES DE L'ALCOOLOGIE ET DE LA
TOXICOMANIE FACE AUX NOUVEAUX MODES DE
CONSOMMATION DE SUBSTANCES LICITES ET
ILLICITES ?**

– Groupe n°9 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 7 élèves en formation initiale

Animatrices

- Elizabeth Sevenier-Muller***
- Dominique Martin***

Méthodologie

PRESENTATION DU SUJET

A l'ouverture du MIP, Elisabeth SEVENIER est venue présenter le sujet et l'environnement juridique et culturel dans lequel il s'insérait. Elle nous a également donné quelques repères bibliographiques et a proposé de diviser le MIP en trois phases : recherches bibliographiques, entretiens et rédaction du rapport.

Elle nous a ensuite proposé un certain nombre de contacts de personnes incontournables des secteurs de l'alcoologie et de la toxicomanie.

Enfin, nous avons convenu de rester en contact téléphonique et d'échanger régulièrement des e-mails.

Le principe défini avec l'animatrice a été de travailler en totale autonomie et de l'appeler en cas de doute ou de blocage, tout en l'informant de l'avancée de notre étude.

Après le départ d'Elisabeth SEVENIER, le groupe s'est partagé la bibliographie. Il a également été décidé de créer un e-groupe pour être s'assurer que l'information serait correctement diffusée.

ANALYSE DU SUJET

Chaque membre du groupe a exposé succinctement ses lectures et a donné un résumé écrit de ses réflexions.

Le groupe a ensuite réfléchi au sujet et à la manière dont il s'articulait dans le cadre du MIP. En effet, il nous est apparu que le MIP avait pour objectifs de nous faire travailler en commun en confrontant nos cultures professionnelles, mais aussi de nous enrichir au contact de professionnels de terrain. En trois semaines, nous n'avions pas le temps de faire une recherche bibliographique exhaustive et nous avons décidé de privilégier la rencontre avec des professionnels.

D'ailleurs, en analysant le sujet, nous sommes tombés d'accord sur une appréhension large de la notion d'acteurs de terrain. Ainsi, nous avons décidé de nous intéresser aux centres spécialisés, aux associations, aux hôpitaux, à la médecine libérale, à la police, à la justice et à l'Education nationale. Nous ne nous sommes donc pas cantonnés aux professionnels spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes et des alcooliques. Cette décision impliquait un grand nombre d'entretiens et nous avons convenu de nous séparer au plus tôt en ayant pris soin, au préalable, de nous répartir les entretiens et de

préparer une grille thématique commune pour les réaliser (cf annexe I). Nous avons soumis cette grille à Elisabeth SEVENIER qui nous a donné le feu vert pour poursuivre notre travail. Enfin, nous avons décidé de nous adresser rapidement les compte rendus de chacun de nos entretiens et d'échanger des points de vue sur la problématique qui allait progressivement émerger.

BILAN DES ENTRETIENS

Nous avons été déçus de ne pas disposer de suffisamment de temps pour rencontrer un proviseur de collège ou de lycée, ainsi qu'un magistrat.

Néanmoins, nous avons réalisé de nombreux entretiens passionnants qui ont été fondamentaux pour faire avancer notre réflexion.

Durant les dix jours consacrés aux entretiens, nous nous sommes régulièrement entretenus avec Elisabeth SEVENIER pour lui faire part de nos réflexions, de l'avancée de nos recherches et pour lui demander quelques éclaircissements.

REFLEXION SUR LA PROBLEMATIQUE ET LE PLAN

Bien entendu, nous avons réfléchi chacun de notre côté à la problématique et au plan.

Nous avons été surpris de la rapidité avec laquelle nous sommes tombés d'accord sur une approche commune du sujet. Nous avons pensé que nous devions rester proches des professionnels rencontrés et que l'important était d'être fidèles à ce qu'ils avaient exprimé de leur pratique professionnelle. Nous avons tout de suite discerné les écueils de cette approche : d'une part, il pouvait nous être reproché de ne pas prendre assez de recul sur le sujet ; d'autre part, le risque était d'avoir une problématique assez critique de la politique suivie. Nous assumons pleinement ces deux types d'objections car nous estimons essentiel de ne pas pratiquer la langue de bois. Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait le tour du sujet en trois semaines et nous sommes susceptibles d'avoir par moment des avis quelque peu péremptaires reposant sur des arguments peut-être fragiles. Ce manque de prudence peut nous être reproché, mais nous avons tous décidé de prendre ce risque pour un rapport qui n'a pas vocation à être publié et pour lequel nous tenons à faire passer certaines idées.

Quoi qu'il en soit, nous avons élaboré un plan détaillé que nous avons adressé à Elisabeth SEVENIER, ainsi qu'à Dominique MARTIN. Elles nous ont donné leur accord sur l'architecture générale du plan et nous ont opposé quelques objections, dont la plus importante concernait l'absence de traitement de la problématique du tabac. Nous avons amendé notre plan en conséquence.

LE TRAVAIL DE REDACTION ET D'HARMONISATION

Nous avons partagé le travail de rédaction par sous-parties en fonction des souhaits formulés. Nous n'avons éprouvé aucune difficulté à nous répartir la tâche.

Une fois le travail individuel de rédaction terminé, nous nous sommes retrouvés pour des corrections de fond, après avoir pris connaissance de l'ensemble du rapport.

A l'issue de cette séance de correction commune, deux personnes ont été désignées pour harmoniser la forme du document final. Par la suite, ce document a été transmis à Elisabeth SEVENIER et Dominique MARTIN. Une fois prises en compte les quelques corrections de forme et de fond proposées, nous avons procédé à une dernière lecture détaillée du rapport pour effacer les dernières coquilles, puis nous avons mis en forme le document final en y joignant l'ensemble de nos entretiens en annexe.

Sommaire

1 LA POLY-CONSOMMATION DE PRODUITS EST UN PHENOMENE POLYMORPHE EN DEVELOPPEMENT	2
1.1 La notion de drogue et son appréhension ont évolué dans le temps	2
1.1.1 L'alcoolisme et la toxicomanie : deux approches culturelles différentes.....	2
1.1.2 Le choix français de la prohibition et la distinction drogues licites et illicites	3
1.1.3 L'approche globale des dépendances et l'apparition du concept d'addictologie	4
1.2 Sans être un phénomène nouveau, la poly-consommation s'est banalisée en se diversifiant.....	6
1.2.1 La poly-consommation constitue un phénomène déjà ancien	6
1.2.2 Les profils des poly-consommateurs se sont multipliés	6
1.2.3 Diversification, individualisation et banalisation caractérisent actuellement la poly-consommation	7
2 DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES QUI N'EVOLUENT PAS AUSSI RAPIDEMENT QUE LES MODES DE CONSOMMATION	9
2.1 Une prise en charge longtemps spécifique à chaque produit.....	9
2.1.1 Le choix d'une prise en charge spécifique de la toxicomanie.....	9
2.1.2 L'alcool : une dangerosité reconnue de longue date mais sous-estimée.....	10
2.1.3 Une prise en charge qui demeure cloisonnée par spécialité	10
2.2 Une médicalisation différenciée suivant les addictions.....	12
2.2.1 Le bouleversement de la prise en charge des toxicomanes découlant des concepts de réduction des risques et de substitution	12
2.2.2 Les effets pervers d'une substitution insuffisamment contrôlée.....	13
2.2.3 Un traitement de l'alcoolisme adapté à l'individu et à son environnement	14
2.3 Un rapprochement des pratiques des professionnels censé faciliter la prise en charge des nouveaux modes de consommation	14
2.3.1 Le plan triennal 1999 – 2001 proposé par la MILDT	14
2.3.2 Des succès isolés qui n'ont pas fait école	15
3 FACE AUX OBSTACLES ET AUX MALENTENDUS, UNE VERITABLE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE DOIT ETRE AFFIRMEE.....	17
3.1 L'échec des CSAPA, révélateur de malentendus et de sous-entendus.....	17

3.1.1	Une volonté politique parfois contradictoire et souvent insuffisante.....	17
3.1.2	La stigmatisation du guichet unique par les professionnels	19
3.1.3	La difficulté qu'éprouvent les professionnels à travailler en réseau	20
3.1.4	La permanence d'un fossé sociologique et culturel entre les secteurs.....	21
3.2	Une politique de rapprochement doit être poursuivie	22
3.2.1	La nécessaire mutualisation des pratiques et des moyens pour l'accueil des patients.....	22
3.2.2	Insister sur la formation des professionnels et la prévention.	24
CONCLUSION		29
BIBLIOGRAPHIE		31
LISTE DES ANNEXES.....		I

Remerciements

Nous souhaitons remercier les deux animatrices de notre groupe, qui nous ont régulièrement fait part de leurs remarques et suggestions :

- Dr MARTIN, DGS, PARIS
- Mme SEVENIER, DGS, PARIS

Par ailleurs, nous tenons à exprimer nos remerciements à l'égard de l'ensemble des professionnels qui ont bien voulu nous consacrer un peu de leur temps, et dont les commentaires ont été précieux pour la réalisation de notre travail :

- M. ANDRE, responsable local du Mouvement Vie Libre, RENNES
- M. ARCARAZ, animateur social au Centre d'Aide Psychologique, service intersectoriel de psychiatrie, de liaison et d'urgences, LIBOURNE
- M. BELIN, directeur de l'ANPA 31, TOULOUSE
- Mme BLAZY, directrice du CCAA de BORDEAUX
- Dr BOST, psychiatre au CHRS « le Relais de la Poterne », PARIS
- M. CHARPENTIER, directeur de La Croix Bleue, PARIS
- M. COUTERON, responsable du CSST « le CEDAT », MANTES-LA-JOLIE
- Dr DELILE, directeur du CEID
- Mme DONADEO, infirmière au CHRS « le Relais de la Poterne », PARIS
- M. DOUAUD, cadre infirmier du CSST « la boutique Boréal », PARIS
- Dr DUGARIN, toxicologue à l'hôpital Lariboisière, PARIS
- Dr ETTENDORFF, médecin généraliste à BONNEUIL SUR MARNE
- Dr HERVE, Président de l'ANIT
- Mme LACOSTE, directrice du CSST « Clémence Isaure », TOULOUSE
- Dr LAUGIER, responsable de l'unité de liaison du dispositif alcoolologie à ST-DENIS
- M. LEDAY, Président de La Croix Bleue
- Dr MIMOUN, médecin généraliste à TORCY
- Dr MOREL, directeur du CSST « le Trait d'Union », BOULOGNE
- Dr STEPANI, médecin-responsable de l'équipe de liaison et de soins en addictologie du CHU de BORDEAUX
- Un commandant d'une brigade des stupéfiants en région parisienne
- Un psychologue et un infirmier du CSST "La Terrasse", PARIS.

Liste des sigles utilisés

ANIT	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
ANPA	Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie
CEDAT	Comité d'Etude
CEID	Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes
DGS	Direction Générale de la Santé
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
FFA	Fédération Française d'Addictologie
MDM	Médecins du Monde
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
SIDA	Syndrome Immunodéficient Acquis
SINTES	Système d'Identification National des Toxiques et Substances
TREND	Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La consommation de drogues est aujourd'hui marquée par un développement sans précédent du recours simultané à plusieurs produits, tout particulièrement chez les jeunes. Cette évolution est d'importance dans la mesure où des études¹ confirment que le traitement des poly-consommations est plus long, plus difficile, et a un pronostic plus incertain que celui des dépendances à un seul produit. Ainsi, selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies² (OFDT), la poly-consommation répétée (fait de consommer au moins deux produits) d'alcool, de tabac et de cannabis concerne plus de 15% de la population âgée de 18 à 44 ans.

Le constat d'une diversification et d'une amplification du phénomène de la poly-consommation contraint à réfléchir à une approche rénovée de la prise en charge des addictions. Depuis quelques années, la réflexion porte sur un décloisonnement des formations, des démarches et des différentes formes de prise en charge des consommateurs de drogues.

La définition de la drogue retenue dans la suite de l'exposé est celle donnée par l'OFDT³ qui l'assimile à un « produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, susceptible d'entraîner un usage nocif ou une dépendance, et dont l'usage peut être légal ou non . » Il s'agit de l'alcool, du tabac, des médicaments psychotropes et des drogues illicites. Sans pour autant négliger les ravages sanitaires engendrés par le tabac ni le fait qu'il soit pratiquement toujours présent dans les poly-consommations, nous n'abordons ce produit que de manière subsidiaire dans notre étude car les professionnels rencontrés dans les domaines de l'alcoologie et de la toxicomanie ne prennent pas en compte ce produit dans leurs pratiques.

Par professionnels, nous entendons tous les acteurs qui sont concernés à un moment ou à un autre par le problème des drogues (éducateurs, enseignants, policiers, juges, médecins généralistes,...). Nous avons d'ailleurs essayé de rencontrer des acteurs de ces différents milieux professionnels.

¹ Delile JM., Facy F., Dailly S., « Epidémiologie des poly-consommations alcool, drogues », Editions EDK, Paris, 2001

² OFDT, « Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances », 2002

³ Op.cit.

Enfin, nous considérons que le cadre de notre étude est le territoire national. Cela ne signifie pas que l'action normative de l'Union Européenne soit inexistante en la matière ou que l'expérience de nos voisins manque d'intérêt, mais plutôt que la problématique est déjà suffisamment large et ardue pour ne pas ajouter de paramètres extérieurs.

Au-delà de la complexité du phénomène de la poly-consommation et de la délicate appréhension de la notion de drogue (1), nous cherchons à démontrer que les pratiques des professionnels évoluent de manière décalée (2) du fait d'un manque de visibilité de la politique en la matière (3).

1 LA POLY-CONSOMMATION DE PRODUITS EST UN PHENOMENE POLYMORPHE EN DEVELOPPEMENT

1.1 La notion de drogue et son appréhension ont évolué dans le temps

1.1.1 L'alcoolisme et la toxicomanie : deux approches culturelles différentes

Le Docteur Dugarin⁴, toxicologue à l'hôpital Lariboisière, a souligné l'importance des mots utilisés et du socle culturel sur lequel repose notre conception des drogues et de leur évolution au fil du temps.

Ainsi, l'ivrogne a toujours été un personnage social et personne n'imaginait avant le XIXème siècle que l'alcool puisse être toxique. Comment pouvait-il l'être d'ailleurs, alors qu'il était revêtu d'un caractère sacré (le sang du Christ) ? D'ailleurs, le vin a toujours été considéré comme une part essentielle de notre patrimoine et le lobby viticole s'est longtemps battu pour que l'alcool ne soit pas assimilé à une drogue.

La problématique est radicalement différente avec le toxicomane qui n'apparaît dans la société qu'à la fin du XIXème siècle et qui consomme des produits venant d'ailleurs. Au départ, les toxicomanes sont des « passionnés » (artistes,...), puis deviennent des

⁴ Entretien avec le Dr Dugarin, toxicologue à l'hôpital Lariboisière, Paris, septembre 2003

« dégénérés » (années 1850) avant de se muer en délinquants avec l'arrivée de lois⁵ interdisant l'usage de drogues.

Les années 1980 et le phénomène du Sida modifient lentement la perception du toxicomane dans la société : celui-ci devient progressivement un malade qui nécessite une prise en charge médicale. Mais il demeure légalement un délinquant, comme nous l'a rappelé notre correspondant à la brigade de répression des stupéfiants⁶. Et il reste également un marginal dont on se méfie, cette fois-ci au même titre que l'alcoolique.

Le vocabulaire utilisé n'est pas non plus anodin. Le concept même de toxicomanie est hétérogène et spécifiquement français (les anglais utilisent le terme « addict » , les polonais ou les russes, le terme « narcomane »). Il recouvre une double acception :

- le *toxique* fait-il le toxicomane ? On entre alors dans une logique de contrôle pour endiguer le phénomène.
- avec le terme *manie*, le sujet donne droit de cité au produit. La responsabilité du consommateur est alors mise en exergue.

Ce concept inventé par les médecins est imprégné de jugements subjectifs et moraux. D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lui préférera le terme pharmacodépendance dans les années 1960.

Pour parler de cette question comme de n'importe quelle question de société, il conviendrait de ne plus utiliser les mots « toxicomanes » ou « alcooliques » qui renvoient à la seule notion beaucoup trop restrictive de dépendance⁷.

1.1.2 Le choix français de la prohibition et la distinction drogues licites et illicites

Si la question des drogues est très ancienne, les tentatives pour les réglementer sont relativement récentes (début du siècle) et répondent à des préoccupations multiples qui ne les rendent pas toujours visibles.

En France, la première loi de prohibition date de 1916 (loi votée à l'issue d'un débat sur l'utilisation de certaines drogues données aux soldats dans les tranchées pendant la guerre de 1914-1918). L'alcool n'y figure pas, alors que la « gnôle » était largement

⁵ Loi de 1916, cf. supra

⁶ Entretien avec un commandant de la Brigade de Répression des Stupéfiants en région parisienne

⁷ Débat de Convictions « Quelles politiques pour quelles drogues : soigner ou (et) punir ? », intervention de Nicole Maestracci, magistrate, ancienne présidente de la MILDT

distribuée aux poilus. Entre 1916 et 1970, on ne parle pas des drogues, ce qui conduit certains à penser que la prohibition a été efficace.

A l'arrivée de nouvelles drogues et de nouveaux et jeunes consommateurs à la fin des années 1960, la France n'a pas de législation adaptée, pas d'expert, pas de spécialiste, pas de savoir-faire. En outre, une confusion existe entre usage de drogues et contre-culture.

C'est dans ce contexte que la loi de 1970 est votée. Il s'agit d'une loi de prohibition largement calquée sur les conventions internationales. Mais elle va plus loin en punissant sévèrement le simple usage de stupéfiants (définition juridique nationale et internationale : « est stupéfiant le produit qui est inscrit sur la liste des stupéfiants ») d'une peine qui peut aller jusqu'à un an d'emprisonnement. Elle comporte toutefois une disposition originale qui avait été considérée à l'époque comme particulièrement innovante : l'utilisateur peut échapper à la sanction pénale s'il accepte de se soigner : c'est « l'injonction thérapeutique ».

Cependant, il apparaît que cette alternative entre le soin et la sanction (choix entre le « malade » et le « délinquant ») est trop réductrice et ne rend pas compte de la diversité des situations.

1.1.3 L'approche globale des dépendances et l'apparition du concept d'addictologie

Les études scientifiques⁸ ont montré que toutes les substances psychoactives agissaient sur le cerveau selon des modalités similaires de sorte que la distinction entre les drogues licites et illicites ne reposait pas sur un fondement scientifique sérieux. Une observation réaliste de l'évolution des connaissances et des modes de consommation a conduit à intégrer dans un même programme tous les produits psychoactifs quel que soit leur statut juridique, c'est à dire outre les drogues illicites, l'alcool, le tabac, les médicaments psychoactifs et les substances dopantes. La littérature scientifique a ainsi souligné des facteurs psychosociaux et environnementaux communs aux diverses consommations⁹. Aussi, l'approche sanitaire doit-elle pouvoir apporter des réponses en fonction des notions

⁸ Rapport du Professeur Bernard Roques juin 1998, et Comité Consultatif National d'Éthique 1994

⁹ OFDT, "Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances", 2002

d'usage, d'abus et de dépendance, et non plus seulement en fonction du produit consommé. Ces comportements d'usage peuvent être définis de la façon suivante¹⁰ :

- l'usage est une consommation qui n'entraîne pas de dommage, il peut être expérimental, occasionnel ou régulier
- l'usage nocif ou abus est une consommation pérenne, impliquant des dommages de nature sanitaire (somatique ou psychique) et sociale (incapacité de remplir des obligations : école, travail...)
- la dépendance est un comportement pathologique marqué par un désir compulsif, une difficulté à contrôler sa consommation, la nécessité de prendre le produit pour éviter un syndrome de sevrage et le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet (phénomène d'accoutumance).

L'évolution du vocabulaire utilisé et l'apparition en France du concept d'addiction repose sur le constat que cliniquement il existe des points communs entre les dépendances. Si ce constat est largement admis par l'ensemble des professionnels, le terme addictologie qui vise à faire de l'addiction une véritable discipline ne fait pas l'unanimité car de nombreux professionnels insistent sur la nécessité d'une prise en charge spécifique des patients.

L'approche globale de la dépendance conduit à étendre l'action de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT) au-delà des drogues illicites à l'alcool, au tabac, aux médicaments psychotropes et aux produits dopants. C'est un véritable changement de cap, qui constitue l'une des principales innovations du plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances¹¹. Cette distinction entre les comportements d'usage, en remplacement d'une approche exclusivement fondée sur le produit, pose pourtant certains problèmes de compatibilité avec la réglementation en vigueur. D'ailleurs, les ministères régaliens estimaient au cours des discussions interministérielles que, dès lors qu'il s'agissait de produits interdits par la loi, il n'y avait pas lieu de distinguer leur mode d'usage, et que cela pouvait, au contraire, adresser aux jeunes un message banalisant la consommation.

En dépit des critiques et des obstacles législatifs, le plan triennal présenté par la MILDT a été adopté par le gouvernement en 1999, notamment parce que les phénomènes de poly-consommation suscitent davantage de préoccupations.

¹⁰ Concepts communs à l'Organisation Mondiale de la Santé et à l'Association Américaine de Psychiatrie

1.2 Sans être un phénomène nouveau, la poly-consommation s'est banalisée en se diversifiant

1.2.1 La poly-consommation constitue un phénomène déjà ancien

La poly-consommation, entendue comme l'usage simultané de plusieurs substances psychoactives, n'est pas un élément nouveau dans le paysage français de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Pour le docteur Alain Morel¹², psychiatre et président de la Fédération Française d'Addictologie (FFA), la poly-consommation semble même «avoir toujours existé ».

Martine Lacoste, directrice d'un Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes (CSST) à Toulouse, et ancienne collaboratrice du Professeur Olievenstein au Centre Marmottan¹³, confirme que beaucoup d'héroïnomanes, dans les années 1970, consommaient d'autres produits que des substances opiacées. Les années 1980 ont ensuite vu se multiplier les mélanges d'alcool et de médicaments, ceux-ci étant souvent, dans un premier temps, obtenus dans les armoires à pharmacie familiales.

Ces poly-consommations sont aujourd'hui en recrudescence, comme l'attestent certains indicateurs. Ainsi en 2000, 45 % des décès par surdoses constatés par les services de police ont révélé la présence de plusieurs substances, un pourcentage qui a augmenté au cours des dernières années¹⁴.

1.2.2 Les profils des poly-consommateurs se sont multipliés

Si la tendance à recourir à plusieurs substances n'est pas nouvelle, plus récente est la multiplication des profils de consommateurs, et la précocité de la poly-consommation. L'OFDT¹⁵ rappelle ainsi que chez les jeunes, la poly-consommation répétée de drogues (principalement le tabac, le cannabis et l'alcool) concerne un jeune sur quatre à la fin de

¹¹ Plan Triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001

¹² Entretien avec le Dr Alain Morel, directeur du CSST "Trait d'Union" et Président de la Fédération Française d'Addictologie, Boulogne, septembre 2003

¹³ Entretien avec Martine Lacoste, directrice du CSST "Clémence Isaure", Toulouse, septembre 2003

¹⁴ OFDT, "Drogues et dépendances, indicateurs et tendances", 2002

¹⁵ Op.cit.

l'adolescence. D'après le Docteur Delile, directeur du Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue (CEID)¹⁶, il n'existe plus chez les jeunes l'image de l'alcoolique faisant face à celle du toxicomane.

Jean-Pierre Couteron, psychologue et responsable d'un CSST¹⁷, confirme qu'il est confronté à une arrivée massive de poly-consommateurs fortement dépendants à des drogues telles que le crack, la cocaïne et l'alcool depuis quatre ou cinq ans. Selon lui, à côté de ces nouveaux poly-consommateurs très dépendants, les professionnels rencontrent encore les anciens héroïnomanes, et deux profils nouveaux de poly-consommateurs : les jeunes consommateurs (alcool, cannabis, tabac), et les consommateurs « festifs » (ecstasy, cannabis).

Enfin, comme le rappelle le Docteur Stepani¹⁸, praticien hospitalier au CHU de Bordeaux, la grande consommation observée chez les jeunes ne doit pas faire oublier que le phénomène de poly-consommation touche aussi les personnes âgées. Dans ce cas, les principales substances utilisées sont l'alcool et les médicaments psychotropes pris hors prescription médicale. Cette tendance constitue un problème d'autant plus aigu qu'elle est globalement ignorée par la société, face par exemple aux consommations de substances dans les espaces festifs, qui ont un écho médiatique bien plus puissant.

1.2.3 Diversification, individualisation et banalisation caractérisent actuellement la poly-consommation

Selon Jean-Pierre Couteron¹⁹, contrairement à ce qui prévalait encore il y a une dizaine d'années, on ne peut plus définir aujourd'hui de stéréotype bien établi du toxicomane, qui commençait par prendre du cannabis, pour faire ensuite l'expérience de l'héroïne, et enfin devenir dépendant. Dès lors une prise en charge systématique, non individualisée, est impossible.

Le nouveau consommateur se caractérise par une stratégie précoce de poly-consommation visant différents objectifs. L'usage, concomitant ou différé, de plusieurs

¹⁶ Entretien avec le Dr Delile, directeur du Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue (CEID), septembre 2003

¹⁷ Entretien avec Jean-Pierre Couteron, responsable du CSST "Le CEDAT", Mantes-la-Jolie, septembre 2003

¹⁸ Entretien avec le Dr Stepani, responsable de l'équipe de liaison et de soins en addictologie du CHU de Bordeaux, septembre 2003

¹⁹ Op.cit.

substances peut avoir pour but d'accélérer la montée (cannabis ou gaz hilarant pour l'ecstasy), de prolonger les effets (cocaïne pour l'ecstasy, alcool ou cannabis pour le LSD²⁰) ou encore d'adoucir la descente (alcool ou cannabis pour le LSD, opiacés pour les stimulants).

L'usager de drogues développe ainsi une approche de type consumériste, constituant lui-même un mélange de substances, phénomène particulièrement marqué dans le cas des drogues « festives ».

A la lumière de son expérience professionnelle, Martine Lacoste²¹, précise que le développement de ces dernières drogues a fait perdre aux opiacés (héroïne, morphine) la place prépondérante qu'ils détenaient. Ceci a contribué à ce que soit encore diversifiée, en compensation, l'offre de substances nouvelles sur le marché.

Cette diversification des substances s'est par ailleurs appuyée sur le contexte culturel de la fin des années 1990, orienté plus qu'auparavant vers le dépassement de soi. Ce contexte, associé à de nouveaux types de musique (techno, house), a favorisé le développement de produits tels que cocaïne, LSD, speed, ecstasy, produits à inhaler ou substances hallucinogènes, associés souvent à une forte consommation d'alcool, notamment de bière.

Certaines de ces drogues ne sont pas nouvelles (le LSD était déjà utilisé dans les années 1960) mais elles ont connu un retour en grâce en même temps que s'est développée une culture du virtuel. Internet, sans être à l'origine des nouvelles drogues, est très emblématique de cette culture de la fin des années 1990, marquée par une volonté de repousser les limites et de pénétrer dans un « autre monde »²².

La multiplication des produits psychoactifs, associée à une individualisation des modes de consommation - chaque poly-consommateur composant son propre « cocktail » - a contribué à banaliser les poly-consommations. L'arrivée sur le marché d'une nouvelle substance est vécue comme un événement naturel qu'un contexte consumériste rend logique sinon acceptable.

²⁰ Lyserge Saüre Diäthylamid (diéthylamide de l'acide lysergique)

²¹ Op.cit.

²²Entretien avec Martine Lacoste, directrice du CSST "Clémence Isaure", Toulouse, septembre 2003

Les professionnels de la prise en charge des poly-consommations sont ainsi confrontés à des arrivées très fréquentes de nouvelles drogues sur le marché. Le docteur Alain Morel²³ estime ainsi qu'un nouveau produit est capable de gagner du terrain : l'« ice » (méta-amphétamine). Il s'agit du produit le plus consommé en Asie, et dont la progression inquiète les autorités aux Etats-Unis. Ses effets sont comparables à ceux de la cocaïne mais durent plus longtemps. Il peut se fumer et coûte moins cher que la cocaïne.

La question du coût des drogues est en effet au centre de leur banalisation, puisque beaucoup de produits peuvent être obtenus à des tarifs de plus en plus abordables : on constate également une disponibilité sans précédent des produits, qui sont réellement à portée de main des adolescents. François Hervé, président de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT)²⁴, évoque ainsi des comprimés d'ecstasy à trois euros, et un subutex obtenu beaucoup moins cher dans la rue, au marché noir, qu'en pharmacie.

En réponse à ces nouveaux modes de consommation, et face à une approche théorique renouvelée du concept de dépendance, il apparaît indispensable que soient adaptées les pratiques des professionnels.

2 DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES QUI N'EVOLUENT PAS AUSSI RAPIDEMENT QUE LES MODES DE CONSOMMATION

2.1 Une prise en charge longtemps spécifique à chaque produit

2.1.1 Le choix d'une prise en charge spécifique de la toxicomanie.

²³ Op.cit.

²⁴ Entretien avec François Hervé, Président de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, Paris, septembre 2003

La loi de 1970²⁵ visait à réprimer sévèrement le trafic, à poser le principe de l'interdiction de la consommation des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage. Le traitement de la toxicomanie était un domaine encore peu connu et donc propice à l'expérimentation. Le secteur sanitaire traditionnel se montrait réticent à accueillir des usagers de drogues perçus comme des perturbateurs difficiles à contrôler. Avec l'ouverture du centre Marmottan en 1971 par l'équipe du Pr. Olievenstein, le dispositif s'oriente vers la spécialisation. Celle-ci ne fera que se renforcer au fil des ans, les établissements sanitaires traditionnels préférant se décharger des usagers de drogues sur les structures nouvellement créées. Les ministères de la Justice et de la Santé arrêtent une liste des établissements agréés pour organiser des cures de désintoxication. Cette prise en charge spécifique de la toxicomanie s'explique également par le poids des lobbies viticoles, refusant une assimilation de l'alcool aux autres drogues. Ces groupes de pression craignaient en effet les répercussions d'une image désastreuse.

2.1.2 L'alcool : une dangerosité reconnue de longue date mais sous-estimée

C'est au XIXème siècle que le législateur adopte des dispositions pour réprimer l'ivresse publique. Il faut attendre les années 1950 pour que les pouvoirs publics cherchent à mener une politique plus active de lutte contre l'alcoolisme, par le signalement des alcooliques dangereux aux autorités sanitaires et par des amendes voire l'emprisonnement si récidive. Un dispositif spécifique se met en place avec la circulaire du 23 novembre 1970 et la création de consultations d'hygiène alimentaire destinées aux buveurs excessifs.²⁶

Des raisons sociologiques extrêmement fortes empêchent le repérage et le traitement des troubles liés à l'alcool, celui-ci ayant un poids culturel et économique très important.

On passe sans transition de la consommation presque valorisée socialement à l'alcoolisme de l'ivrogne.

2.1.3 Une prise en charge qui demeure cloisonnée par spécialité

²⁵ Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 modifiée, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses

²⁶ MILDT, « Cadre légal et évolution de la politique publique de lutte contre les drogues »

La prise en charge des dépendances est marquée par une diversité de dispositifs, aboutissant à un réseau très éclaté de structures. On distingue ainsi des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes d'une part, des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) d'autre part, gérés par des associations ou des établissements publics de santé.

La mission des CSST²⁷ est d'assurer une prise en charge à la fois médico-sociale et éducative des toxicomanes. En 2001, on dénombre 263 CSST, dont deux tiers sont gérés par le secteur associatif : 201 centres de soins en ambulatoire, 46 centres de soins avec hébergement collectif (environ 1250 places en 2001 selon la Direction Générale de la Santé, DGS) et 16 centres en milieu pénitentiaire.

En ce qui concerne les CCAA, leur nombre reste stable à environ 250 depuis 1994. Les lieux ouverts moins de vingt heures par semaine peuvent être considérés plutôt comme des permanences ou des consultations. Le nombre de professionnels salariés dans le dispositif est évalué à 1700 personnes, la plupart exerçant leur activité à temps partiel.

D'autres associations intervenant dans ce même champ de l'alcoologie et de la toxicomanie n'ont par ailleurs aucun agrément de CCAA ni de CSST, cas d'associations néphalistes de prise en charge des alcooliques par exemple. A ces acteurs doivent encore être ajoutés les établissements publics de santé : certains ont développé, sur la base d'initiatives personnelles, des unités de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie, ou plus récemment d'addictologie, telles que par exemple des unités d'hospitalisation de jour pour malades alcooliques.

Enfin, outre les dispositifs spécialisés, le système socio-sanitaire de droit commun participe à la prise en charge des addictions : d'une part les médecins libéraux suivent des patients présentant des conduites addictives, et d'autre part l'hôpital assure les urgences et les consultations (problèmes somatiques, sevrage, etc ...).

Ce maillage d'intervenants est d'autant plus opaque que les différents acteurs ne se côtoient pas forcément et ont des sources de financement variées. Les professionnels rencontrés sont souvent les premiers à déplorer une complexité excessive du dispositif,

²⁷ Décret n° 2003-160 du 26 février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes " (Journal Officiel n° 50 du 28 février 2003)

qui tend à restreindre sa lisibilité globale. De plus, outre le problème de la cohérence du système, cette situation pose la question de l'évaluation des pratiques. En effet, autant d'initiatives disparates ne facilitent pas la réalisation d'un bilan « coût / avantages », qui permettrait de juger de la bonne utilisation des subventions allouées aux différents modes de prise en charge.

2.2 Une médicalisation différenciée suivant les addictions

Si ce dispositif complexe, axé longtemps sur une approche par produit, s'est progressivement médicalisé, la prise en charge reste différente en fonction des dépendances.

2.2.1 Le bouleversement de la prise en charge des toxicomanes découlant des concepts de réduction des risques et de substitution

Les problématiques posées par le SIDA donnent naissance à deux débats importants : faut-il soigner ou réduire les risques ? quelle est la place de la substitution ?

La réduction des risques a pour objectif prioritaire de limiter les dommages collatéraux dus à la consommation de drogues. On assiste ainsi à la mise en place de réseaux de distribution de seringues, pour éviter une prolifération du VIH dans la population toxicomane. L'application de ce principe à l'heure actuelle conduit Médecins Du Monde (MDM) à intervenir dans les rave-parties pour tester la « qualité » des comprimés d'ecstasy.

La substitution est une stratégie de soin visant à supprimer les injections. Ses prémisses ont été mis en place, dès la fin du XIXe siècle, par les Anglais et les Américains. En France, elle est autorisée par l'Institut Médical de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) à titre expérimental depuis le début des années 1970. Le Dr Dugarin²⁸ suit ainsi une quarantaine de patients placés sous méthadone depuis 1973, et une expérience similaire a été initiée à Sainte Anne. A la suite de ces programmes pilotes, le Ministre de la Santé Claude Evin a proposé, en 1990, la création de « programmes méthadone », dans un cadre strictement évalué et limité. Cependant, ces programmes ont été considérés comme insuffisants par rapport à une plus large diffusion de la substitution

²⁸ Op.cit.

chez nos voisins européens. Le Dr Dugarin²⁹ explique néanmoins que le néocodion était massivement détourné de son usage en France et faisait office de produit de substitution. La Commission Henrion³⁰ préconise tout de même un développement de la substitution, tout comme les travaux du Professeur Parquet³¹. Le subutex vient alors compléter le dispositif de substitution. Pour faciliter sa diffusion au sein de la population toxicomane, une simple prescription médicale suffit.

Les pratiques des professionnels en ont été bouleversées. Ainsi, Jean-Pierre Couteron³², constate un réel changement des pratiques avec l'arrivée de la substitution et la « disparition » du tandem sevrage/abstinence. En effet, le traitement de substitution vise à supprimer le comportement de dépendance, en apaisant chez le sujet l'envie compulsive de consommer la substance. Le partage actif des objectifs thérapeutiques avec le patient, une dose adaptée, et l'inscription du traitement dans le durée, sont alors les conditions du succès³³. Même si la dépendance persiste, la restauration du lien social est désormais primordiale.

2.2.2 Les effets pervers d'une substitution insuffisamment contrôlée

Les modes de substitution ont été assouplis avec l'arrivée du subutex, qui n'entraîne pas d'overdose lorsqu'il n'est pas associé à d'autres drogues. Mais, son utilisation a été détournée, engendrant de graves problèmes somatiques : ce produit est « sniffé », « shooté » sans que ces modes d'ingestion aient été prévus au départ. Les propos recueillis lors de l'entretien avec les professionnels du CSST « La Terrasse »³⁴, à Paris illustrent cette dérive. Depuis la mise en place de la substitution, ils ont pratiquement toujours assisté à des transgressions. Certains consommateurs de subutex n'ont même jamais touché à l'héroïne. Un marché noir de subutex est d'ailleurs très actif, et certains toxicomanes consultent plusieurs médecins généralistes en même temps pour se faire prescrire ce produit.

²⁹ Op.cit.

³⁰ Henrion Roger, Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, La Documentation française, mars 1995

³¹ Reynaud, Parquet, Lagrue, "Les pratiques addictives", 2003

³² Op.cit.

³³ « Thérapeutiques de substitution dans les addictions », dans La revue du praticien, 2003

³⁴ Entretien avec un psychologue et un infirmier du CSST "La Terrasse", Paris, septembre 2003

2.2.3 Un traitement de l'alcoolisme adapté à l'individu et à son environnement

En matière d'alcool-dépendance, l'évolution des pratiques a été continue et progressive. Le dispositif repose essentiellement sur deux principes : le sevrage et l'abstinence. Le sevrage ou désintoxication est une période de réhydratation massive et de vitaminothérapie assortie de prise de tranquillisants et anxiolytiques parfois accompagnés de médicaments aversifs (crise de dégoût). Le sevrage doit déboucher sur une abstinence définitive, que la période de post-cure vise à consolider. Par exemple, La Croix Bleue³⁵, association d'anciens buveurs, fonde son action sur l'idée que la guérison est possible, grâce au principe de rupture avec le produit, au moyen de l'engagement d'abstinence.

De plus en plus, la reconnaissance de facteurs sociaux, psychologiques, familiaux ont contribué à une prise en compte plus globale de la personne, associée au traitement médical du patient. Ainsi, les associations néphalistes, telles que le Mouvement Vie Libre³⁶, ont développé, notamment, une action d'accompagnement social des personnes alcool-dépendantes (accès aux dispositifs d'insertion, orientation des usagers sortant de prison...).

Cette approche de l'individu dans toute sa complexité se retrouve dans la prise en charge des toxicomanes et laisse entendre qu'un rapprochement des pratiques pourrait être initié.

2.3 Un rapprochement des pratiques des professionnels censé faciliter la prise en charge des nouveaux modes de consommation

2.3.1 Le plan triennal 1999 – 2001 proposé par la MILDT

Le plan de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances a pour ambition de répondre de manière exhaustive à tous les besoins. Il s'efforce de définir des priorités d'action, ainsi que les moyens d'y parvenir. Il dégage aussi des pistes de réflexion et d'expérimentation dans certains domaines où il existe encore peu de savoir-faire.

³⁵ Entretien avec M. Leday, président, et M. Charpentier, directeur de l'Association La Croix Bleue, Paris, septembre 2003

³⁶ Entretien avec M. André, responsable du Mouvement Vie Libre à Rennes, septembre 2003

Parmi les orientations principales du plan, l'accent est mis sur une politique d'information et de communication en direction du grand public, l'élargissement de la prévention et le développement de la formation initiale et continue des principaux acteurs, afin d'harmoniser les connaissances. De plus, il est souhaité une coordination des dispositifs tant au niveau local, national qu'international, tandis qu'une attention particulière est portée sur l'accueil, l'orientation, le soin et l'insertion des usagers de produits psychoactifs.

Pour observer les tendances récentes de consommation, le plan propose le développement d'outils qui fonctionnent depuis juin 1999 :

- un réseau sentinelle : TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues) qui repère l'émergence des tendances et apporte les éléments de compréhension des phénomènes mesurés.
- une banque de données : SINTES (Système d'Identification National des Toxiques Et Substances). Il s'agit de réseaux sanitaires et répressifs qui permettent une approche complémentaire du phénomène, indispensable pour mieux cerner la dangerosité des produits et leur contexte d'usage.

La surveillance et l'évaluation du dispositif sont assurées par la mise en place de structures nationales et européennes telles la MILDT, l'OFDT, l'OEDT (Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies).

2.3.2 Des succès isolés qui n'ont pas fait école

Nous avons constaté, lors de nos entretiens, que la constitution de réseaux informels était bien souvent une réalité. Ainsi au CCAA de Bordeaux³⁷, une ouverture et un travail en partenariat se sont développés ces dernières années avec les travailleurs sociaux, les maisons de retraite, les associations et les hôpitaux. Après une sensibilisation globale des publics rencontrés, il est apparu nécessaire de mettre en place des groupes relais dont l'objectif est d'assurer la pérennité des actions. De plus, un important travail a été réalisé auprès des médecins généralistes afin de les sensibiliser à un dépistage précoce. Lors de l'ouverture d'une antenne de consultation, tous les médecins libéraux sont systématiquement invités. L'idée est de les amener à adresser les patients au plus vite dans les centres de consultations adaptés.

³⁷ Entretien avec Mme Blazy, directrice du CCAA de Bordeaux, septembre 2003

Actuellement, les associations sont amenées à développer leurs champs de compétences vers toutes les addictions pour une meilleure orientation et prise en charge de la personne.

L'existence de ces réseaux repose sur des volontés inter-personnelles. Ils restent bien souvent limités à un seul champ d'intervention, bien que des actions transversales conduisent les professionnels à développer un véritable partenariat. A Bordeaux, un projet de sécurité routière et de prévention des conduites addictives a permis le regroupement de différents partenaires (CCAA, CSST, Education nationale...)

D'autres expériences montrent qu'il est possible d'établir des passerelles entre professionnels (ex. mise à disposition une fois par semaine d'un médecin de CCAA auprès d'un CSST). Les professionnels sont toutefois réticents à une obligation de rapprochement d'autant qu'un tel rapprochement ferait craindre, au plan financier, une fongibilité des enveloppes s'opérant au détriment des CSST.

Sur le concept d'addictologie, certains professionnels se montrent plus que réservés, considérant que celui-ci a surtout servi d'écran de fumée, pour éviter un vrai débat sur la loi de 1970.

Ce concept d'addictologie a quand même permis quelques expériences intéressantes :

- l'ouverture d'un centre dans certains milieux ruraux, où il n'aurait pas été possible d'ouvrir à la fois une structure pour l'alcoolologie et une autre pour la toxicomanie (exemple du Centre d'Addictologie, créé à Saint Gaudens en Haute-Garonne³⁸) ;
- l'ouverture d'unités d'addictologie dans les hôpitaux.

Il convient de distinguer le milieu hospitalier du milieu ambulatoire. En effet le rapprochement des professionnels est souvent facilité par l'activité en un lieu unique.

Toutefois, nous constatons qu'une évolution des pratiques des professionnels a suivi l'évolution des consommateurs. En effet, selon les propos du directeur du CEID de Bordeaux³⁹, il existait une approche « communautaire » des toxicomanes. Puis, avec la mise en évidence des problèmes psychiatriques de ces usagers, est apparu un besoin d'accompagnement. La démarche s'est donc professionnalisée avec une approche psycho-sociale.

³⁸ Entretien avec M. Jean-Claude Belin, directeur de l'ANPA 31, Toulouse, septembre 2003

³⁹ Op.cit.

Pour le Docteur Delile⁴⁰, la nécessité d'un rapprochement des structures ne pose donc pas de problème pour les professionnels habitués à la poly-consommation et ne devrait pas en poser face aux nouvelles générations de consommateurs.

Les expériences recueillies auprès des professionnels de terrain montrent que la rénovation de la politique de santé publique en matière d'addictologie doit être approfondie et amplifiée.

On peut donc s'étonner que la philosophie des CSAPA ou Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ait trouvé si peu d'écho auprès des acteurs et que le projet ait été abandonné alors que le succès d'actions de terrain plaide en sa faveur.

3 FACE AUX OBSTACLES ET AUX MALENTENDUS, UNE VERITABLE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE DOIT ETRE AFFIRMEE

3.1 L'échec des CSAPA, révélateur de malentendus et de sous-entendus

3.1.1 Une volonté politique parfois contradictoire et souvent insuffisante

Les fondements législatifs des pratiques professionnelles sont-ils adaptés à l'évolutions des consommations ? Concernant le problème de la drogue, la pression à légiférer s'est développée en France à la fin des années 1960, dans un contexte de confusion générale où l'usage de drogues est assimilé aux mouvements contestataires et où des événements ponctuels, notamment une overdose dans une boîte de nuit à Bandol, alarment les médias et les pouvoirs publics. La loi du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses est alors adoptée en vue de satisfaire deux impératifs : soigner les usagers et réprimer les trafiquants. Cependant, l'application pratique de ce texte a été marquée par deux évolutions : d'une part, le volet sanitaire, reposant sur l'injonction thérapeutique, a été quelque peu délaissé du fait des difficultés de coopération entre le

⁴⁰ Op.cit.

corps médical et l'autorité judiciaire. D'autre part, le volet répressif a été entièrement fondu et renforcé dans le code pénal et le code de procédure pénale.

Devant cette coercition croissante, la circulaire Guigou de 1999 demande aux forces de l'ordre de privilégier le soin à toutes les étapes de la procédure et préconise un classement sans suite avec signification d'orientation à la première interpellation d'un usager, ce qui fait dire à Jean-Pierre Couteron⁴¹, qu'elle doit être interprétée comme « une dépénalisation de la première interpellation d'un consommateur de drogues ». Ainsi, seuls 8% des interpellés ont été sanctionnés par la justice en 2002, contre 30% en 1990.

En réaction à l'application inégale voire inexistante de la loi, une forte volonté de la réformer a vu le jour, divisée quant au postulat de base et aux modalités de la réforme. Une partie de l'opinion soutient l'offensive contre la drogue menée par le Ministre de l'Intérieur Nicolas Sarkozy, qui a dénoncé une « véritable épidémie chez les jeunes », et considère que la pratique a débouché sur une légalisation larvée de l'usage du cannabis et de l'ecstasy. Il propose donc une palette de sanctions adaptées aux mineurs. Didier Jayle, président de la MILDT semble enthousiaste : « Si la proposition était retenue, ça serait un pas dans le bon sens, car la loi serait mieux appliquée et donc plus efficace »⁴². Mais cette position effraie les acteurs de terrains qui, eux, souhaiteraient une réforme axée sur la prévention et la réduction des risques. François Hervé⁴³ craint un déséquilibre de la politique entre répression et prévention. A Médecins Du Monde (MDM), on parle de « régression totale ». Pour le magistrat Christophe Braconnier⁴⁴, la législation actuelle évince « trois piliers fondamentaux indispensables à une politique cohérente : la prévention, les soins et la réduction des risques liés à l'usage de drogues ».

Malgré une réelle volonté des professionnels d'adapter leurs pratiques aux réalités de terrain, les lacunes patentes de la base légale les empêchent d'avoir une action à hauteur de leurs ambitions.

En outre, le système de financement des structures spécialisées dans les addictions met en exergue les difficultés à donner une cohérence à l'ensemble des dispositifs. En effet, il se caractérise par des moyens budgétaires insuffisants aux yeux des professionnels et par une complexité, qu'une tentative de clarification avortée n'a pas amélioré.

⁴¹ Op.cit.

⁴² Article Internet Yahoo Actualité

⁴³ Op.cit.

⁴⁴ Article Internet

En novembre 2002, une cinquantaine d'associations d'Ile-de-France a signé un texte consensuel intitulé « Pour une politique globale de santé publique : pas de retour en arrière ». Ce collectif milite pour une politique globale vis-à-vis de l'ensemble des conduites addictives. Cette alliance, qui est l'occasion de s'interroger sur les pratiques des professionnels, se fonde cependant sur un constat inquiétant : le manque croissant de moyens dans le secteur de l'addictologie. En effet, en mai 2002, le gel des financements du précédent gouvernement a suscité l'inquiétude de plusieurs associations. En octobre de la même année, ces crédits ont été réattribués (sauf pour la MILDT qui a perdu 30% de son budget). Mais in fine, cette allocation de moyens financiers en dents de scie fragilisent les structures en les empêchant de conduire de nouveaux projets.

Parallèlement, la tentative de clarification des relations financières entre l'Etat et l'Assurance maladie n'a pas porté tous ses fruits. Ce mouvement avait déjà permis un transfert du financement à l'assurance maladie des CCAA⁴⁵, puis des CSST⁴⁶, dans le but de les sortir d'un certain isolement et d'une difficulté évidente à se coordonner avec les autres dispositifs de soins. Mais la loi de financement pour 2003 aurait dû permettre de mener à bien des ambitions plus grandes, fondées sur la loi du 2 janvier 2002, qui créait une nouvelle catégorie d'établissements : les CSAPA. Ils avaient pour vocation de concentrer et rationaliser l'activité à la fois des CCAA et des CSST. L'actuel gouvernement a néanmoins remis en cause ces fusions. « Une personne qui a un problème d'alcool s'adressera plus volontiers à un centre spécialisé pour la prise en charge de l'alcoolisme qu'à un centre de prise en charge de la toxicomanie » a affirmé Jean-François Mattéi. La suppression des CSAPA laisse un goût amer aux professionnels de terrains, qui ne verront pas leurs moyens augmenter. Ainsi, l'ANIT⁴⁷ n'était pas contre ces structures dans la mesure où elles répondaient à l'insuffisante capacité d'accueil en toxicologie et alcoologie, tout en favorisant la synergie des moyens et des compétences.

3.1.2 La stigmatisation du guichet unique par les professionnels

Pourtant, il n'est pas question, pour les professionnels, de fusionner les dispositifs de l'alcoologie et de la toxicomanie. Un large consensus semble se dégager, qui rejette l'idée

⁴⁵ Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et le décret du 29 décembre 1998

⁴⁶ Loi de financement de la Sécurité Sociale votée en décembre 2002

⁴⁷ Op.cit.

de « guichet unique ». L'ANIT⁴⁸ n'est pas hostile à une porte d'entrée commune aux différents secteurs de l'addiction, mais le traitement doit impérativement rester différent. « La pratique montre que plus on est avancé dans les produits, plus il faut une prise en charge spécifique », affirme François Hervé⁴⁹. En effet, selon les produits consommés, les rapports aux produits, l'environnement diffèrent. « En revanche, la prévention peut être généraliste », ajoute-t-il. Ainsi, l'ANIT fait partie de la Fédération Française d'Addictologie (FFA), mais ne veut pas se fondre dans ce concept. Elle admet que des rapprochements, une collaboration entre les professionnels des différents secteurs de dépendances peuvent être intéressants, mais qu'il ne faut pas qu'ils induisent un nivellement des pratiques et des réponses. De même, selon Alain Morel⁵⁰, chaque produit appelle une dynamique différente. C'est pourquoi, les professionnels doivent conserver une spécialisation adaptée à chaque problématique, suggère le Docteur Stepani⁵¹.

3.1.3 La difficulté qu'éprouvent les professionnels à travailler en réseau

Si le guichet unique est stigmatisé par les professionnels, le rapprochement par le biais des réseaux fait l'unanimité. M. Couteron⁵² insiste sur la nécessité d'adapter la prise en charge, le discours, les méthodes au parcours du consommateur, et d'organiser un accompagnement d'un point à un autre, chronologiquement.

Pourtant, dans les faits, le travail en réseau est loin d'être intégré dans toutes les pratiques. Les partenariats existants s'organisent au niveau local, mais ce « au gré des bonnes volontés et au hasard des ententes », affirme Alain Morel⁵³. Pour M. Leday, président de la Croix Bleue⁵⁴, « les réseaux ne sont pas stables puisqu'ils reposent sur des relations inter-personnelles », malgré l'existence des réseaux Ville-Hôpital, beaucoup plus formalisés.

Il est à noter que les spécialistes des addictions pointent souvent du doigt les rapports difficiles qu'entretiennent les médecins généralistes avec la psychiatrie. Les associations néphalistes, comme Le Mouvement Vie Libre et La Croix Bleue, avouent se heurter au manque d'information et aux *a priori* de nombreux médecins généralistes face au

⁴⁸ Op.cit.

⁴⁹ Op.cit.

⁵⁰ Op.cit.

⁵¹ Op.cit.

⁵² Op.cit.

⁵³ Op.cit.

⁵⁴ Op.cit.

problème de l'alcoolisme. Quant à la psychiatrie, elle se voit reprocher de trop stigmatiser la toxicomanie et l'alcoolisme. Cependant, les professionnels du CSST « La Terrasse »⁵⁵ nous ont rappelé que les hôpitaux psychiatriques recevaient trop souvent des patients que personne ne voulait plus. La « sélection des bons et des mauvais patients » nuit à la collaboration entre les structures. Pour éviter cette dérive, le CSST «La Terrasse » s'engage systématiquement auprès des établissements psychiatriques à accompagner chaque patient tout au long de son traitement.

Enfin, il faut préciser que les forces de l'ordre, à l'instar de la brigade de répression des stupéfiants, ne travaillent quasiment pas en réseau avec le secteur sanitaire et social.

Devant le constat d'une telle absence de langage commun, Nicole Maestracci, préconise une formation commune des acteurs compétents en matière d'addictologie. L'objectif recherché est de mieux se comprendre, se parler afin de mieux s'articuler. Mais cette initiative est pour l'instant interrompue.

3.1.4 La permanence d'un fossé sociologique et culturel entre les secteurs

Pour une grande partie des professionnels, les difficultés de rapprochement entre les secteurs de l'alcoologie et de la toxicomanie sont induites par les spécificités des facteurs individuels psychologiques et psychiatriques de chaque produit. Sur le plan médical, l'alcool et la drogue ont un impact différent en matière de prévalence, de morbidité et de mortalité, et provoquent des complications psychiatriques et somatiques nécessitant des prises en charges spécifiques. Par conséquent, les choix thérapeutiques ne peuvent être que différents, et supposent un abord et des formations adéquats. Socialement, alcool et drogues ne font pas l'objet des mêmes représentations, tant au niveau de la société que des usagers eux-mêmes, qui n'évoluent pas dans le même « monde ». Comment dès lors accueillir dans un même lieu des consommateurs aux profils si éloignés les uns des autres, décrédibiliser la prise en charge aux yeux d'une partie d'entre eux ? La conséquence directe de ces caractéristiques liées aux produits est un fossé sociologique et culturel entre les deux secteurs, à l'origine de problèmes de résistances au travail en coordination : la représentation que les professionnels se font de leur métier, les diverses cultures professionnelles partagées entre substitution et abstinence, la variété des modalités pratiques d'accueil de ces publics induisent un cloisonnement.

⁵⁵ Op.cit.

3.2 Une politique de rapprochement doit être poursuivie

3.2.1 La nécessaire mutualisation des pratiques et des moyens pour l'accueil des patients.

Si l'on parle aujourd'hui d'une politique de rapprochement, c'est parce qu'il est important d'appréhender plusieurs formes de collaborations guidées par des objectifs communs. Ainsi, on distinguera la convergence de pratiques au sein d'un même groupe de spécialistes, la mutualisation de connaissances acquises au contact de consommateurs différenciés ou le rapprochement de moyens pour une prise en charge optimisée. A aucun moment, toutefois, cette démarche n'a signifié une approche et une réponse équivalente pour tous les produits. L'idée même de réunir les acteurs de l'addiction trouvait déjà en 1998 un soutien appuyé de la Cour des Comptes qui dénonçait dans un rapport le déficit d'objectifs précis et de pilotage local et national de la politique publique de lutte contre les drogues.

Mutualiser les pratiques, c'est poursuivre la tendance à la professionnalisation affirmée ces dernières années. Ce type de rapprochement garantit une lecture claire du modèle de prise en charge et pourra prévoir l'articulation entre secteurs et acteurs, ou encore organiser l'évaluation des pratiques. Mais cette démarche doit s'associer à un effort constant de décloisonnement tandis que les outils du travail en coordination gagnent à être développés. Toutefois, en aucun cas, il ne sera question d'une normalisation du rapprochement.

Plusieurs exemples de mutualisation des pratiques permettent d'imaginer quelques orientations majeures. Ainsi, l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) mise en place au CHU de Bordeaux⁵⁶ traduit le rapprochement de compétences en toxicomanie, en alcoologie et en tabacologie. Régie par la circulaire du 8 septembre 2000 qui incite à l'accompagnement des patients addictifs, cette équipe répond aux urgences, oriente et dispose d'un numéro unique, d'un secrétariat pour toutes les addictions et de professionnels pluridisciplinaires (médecins, psychologues, soignants, secrétaire).

Dans un rapport de la DGS de 2003⁵⁷ apparaissent des innovations en matière de rapprochement qui soulignent la réussite d'une mutualisation des pratiques. Ainsi, le

⁵⁶ Op.cit.

⁵⁷ DGS, « Pour une prise en charge globale des conduites addictives : évaluation d'expériences de rapprochement de structures spécialisées », 2003

sevrage de l'alcool peut s'organiser sur le même modèle que la prise en charge des toxicomanes en ambulatoire avec visite tous les jours. Sur un autre mode, la complémentarité de savoirs-faire a permis l'utilisation pour les toxicomanes d'autres formes de substitution que médicamenteuses, telles que les groupes de discussion institués en alcoologie. Dès lors, plutôt que de rassembler toutes les compétences dans un même lieu et offrir un traitement par spécialité, l'usager se voit attribuer un parcours individualisé exempt de contradictions.

L'urgence porte également sur la nécessaire implication du secteur psychiatrique. Compte tenu de la corrélation évidente entre conduite addictive et trouble psychiatrique, les professionnels de la santé mentale doivent être davantage impliqués, tandis que les interfaces entre associations traitant les addictions et les structures psychiatriques gagnent à être précisées.

Mutualiser les moyens, développer des structures communes, adapter l'offre à la demande particulière d'une région constituent l'axe fort d'un rapprochement qu'il convient d'encourager. En pratique, deux modèles semblent se distinguer et trouvent leur légitimité dans l'étude du contexte sanitaire et social :

-l'unité structurelle, favorisée par une faible densité, une précarité moyenne, une offre de soins en addictologie modérée mais un taux de mortalité parfois élevé

-le maillage entre entités de l'offre de soins (CCAA, CSST, CH) soutenu par une forte densité, une précarité élevée et une offre de soins en addictologie développée.

Le rapprochement permet ensuite de dépasser la mutualisation première pour évoluer vers une demande de moyens supplémentaires. Parallèlement s'organise le redéploiement de l'existant pour optimiser les lieux et les plages horaires d'accueil. Le réseau «AGIR 33 addiction » en Gironde illustre ce type de mutualisation évolutive et réussie.

Jean-Claude Belin⁵⁸ considère que l'abandon des CSAPA n'a pas pour autant enterré ce modèle d'organisation qui perdure et continue d'être développé lorsqu'il apparaît comme la réponse la plus adaptée. Toutefois, il est également utile de soutenir le déploiement de nouvelles structures capables d'assurer la prévention, le soin et l'hébergement notamment des jeunes poly-consommateurs.

Si le guichet unique effraie encore aujourd'hui, l'ANIT n'est pas hostile à la mise en place de centres ressources à condition que le traitement reste différencié.

⁵⁸ Entretien avec M.Belin, directeur de l'ANPA 31, Toulouse, septembre 2003

3.2.2 Insister sur la formation des professionnels et la prévention.

Il est devenu essentiel de soutenir une culture commune à tous les professionnels spécialisés ou non, afin d'apporter une réponse cohérente à tous problèmes d'addiction, mais aussi afin d'harmoniser les messages et les outils de la prévention.

La formation des médecins généralistes est fondamentale car, acteurs de première ligne, ils peuvent repérer les consommations problématiques et précoces. Or, selon le Dr Delile⁵⁹, il semble encore aujourd'hui que leur formation initiale soit insuffisante et appelle une prise en charge interne aux structures. De même, le Dr Bost et Mme Donadéo⁶⁰ estiment que la spécialisation garantie par de nouveaux diplômes (DU d'alcoologie, addictologie, ...) apparaît comme une initiative à encourager, tandis qu'elle fait l'objet d'une demande de plus en plus pressante d'acteurs cherchant à apporter une réponse adaptée, à comprendre les notions de plaisir, à s'approprier un discours sur l'alcoologie ou les dépendances... Mais à côté de ces démarches volontaristes, il est regrettable de ne pas constater des initiatives aussi engagées visant la prise en charge du tabagisme. Véritable problème de santé publique, la consommation de tabac revêt une dimension ouvertement abandonnée par les acteurs de l'alcoologie ou de la toxicomanie. Phénomène minoré, il reste la problématique isolée du tabacologue. Il est donc utile d'insister sur l'urgence d'un décloisonnement des spécialités et sur la nécessité de former l'ensemble des intervenants de la poly-consommation aux risques induits par le tabagisme tout en rappelant son implication dans l'évolution des comportements addictifs. Enfin, la formation doit également recouvrir un aspect intersectoriel et servir une prévention intervenant sur tous les terrains de la poly-consommation, selon MM. Morel et Couteron⁶¹.

Le système préventif qui recouvre l'addictologie mérite d'être défini pour pouvoir appréhender sa problématique. A côté d'une prévention primaire, qui vise à empêcher toute consommation de drogue, on distingue la prévention primo-secondaire, dont l'objet est de limiter les risques liés à la consommation, de la prévention secondaire, ciblée sur l'accompagnement du consommateur. Cette conception tient compte de distinctions avancées par le rapport du Pr. Parquet⁶² entre usage contrôlé, usage nocif et dépendance et s'adapte à la chronologie d'une consommation évolutive. Ainsi, la prévention primo-

⁵⁹ Op.cit.

⁶⁰ Entretien avec Dr Bost, psychiatre et Mme Donadeo, infirmière au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale "Le Realis de la Poterne", Paris, septembre 2003

⁶¹ Op.cit.

⁶² Op.cit.

secondaire s'emploie à éviter le passage d'un usage contrôlé à un usage nocif et d'un usage nocif à la dépendance.

Une fois ces définitions établies, le dessein de la prévention, prise dans sa globalité, est guidée par trois positions inspirées d'idéologies différentes. Tantôt considérée comme un cheminement vers le soin, comme une étape vers la légalisation des drogues ou encore comme un outil propice à la préservation de l'ordre public, la prévention se perd dans ses objectifs. De même, il convient de déterminer si la réduction des risques, entendue comme le moyen de limiter les atteintes somatiques et psychiques liées à l'usage de drogues, doit appartenir au domaine préventif.

Au-delà de ces considérations de fond, il est essentiel d'appréhender les conditions de son application. Or, selon Nicole Maestracci, il ne faut pas moins de dix ans pour mettre en place une politique de prévention cohérente. On voit là toute l'importance de dépasser les clivages politiques et assurer la pérennité d'un modèle de prévention. Cette démarche est d'autant plus délicate que la France ne bénéficie pas d'une réelle culture en la matière et donc ne dispose pas à ce jour d'un cadre adapté. Cette situation suffit à justifier les fluctuations dans l'importance donnée à la prévention. Ainsi après un recentrage en 1992 sur les soins, en 2003, l'aspect préventif est de nouveau à l'ordre du jour.

Afin de parler un langage identique, la MILDT préconise une formation commune des acteurs compétents en matière de toxicomanie : secteur sanitaire et médico-social, éducation nationale, police, gendarmerie... Sur ce point, MM. Morel et Coueron vont plus loin et soutiennent l'idée que la prévention doit impérativement prendre en compte la chronologie et les étapes de la dépendance. Ainsi l'information doit se faire dans les lieux de vie par les acteurs en contact direct avec les consommateurs (organisateur de raves, milieu scolaire,...). Les leviers de sensibilisation sont nombreux : une pièce de théâtre sur la dépendance à l'alcool présentée dans différentes structures, comme le propose le Dr Laugier⁶³; de son côté, Mme Blazy⁶⁴ s'intéresse aux actions fédératives en milieu scolaire qui regrouperaient toutes les addictions, etc.

Certaines initiatives permettraient également de favoriser l'apparition d'un cadre utile à la clarification des actions. Si la loi du 2 janvier 2002 a prévu un schéma régional qui permet de coordonner les acteurs en toxicomanie, un schéma relatif à la prévention favoriserait la prise en charge des consommateurs et la maîtrise de chaque étape de cet accompagnement. De même, François Hervé⁶⁵ pense que la création des comités de

⁶³ Entretien avec le Dr Laugier, responsable de l'unité de liaison du dispositif alcoologie à Saint-Denis, septembre 2003

⁶⁴ Op.cit.

⁶⁵ Op.cit.

pilotage pour toutes les addictions par région suffirait à coordonner l'ensemble des actions.

La prévention souffre également de modalités de financement approximatives. Selon Jean-Pierre Couteron et Alain Morel⁶⁶, ce ressenti général permet de faire deux propositions majeures : donner à la prévention un budget et lui attribuer une seule source de financement ; assurer la pérennité des financements afin de soustraire les différentes structures de la menace d'une disparition et afin de garantir la viabilité de projets innovants. François Hervé⁶⁷ déplore le gel de financements qui est à l'origine d'échecs d'actions de prévention.

Nous avons acquis la conviction que la prévention de la poly-consommation chez les jeunes doit s'articuler autour de messages et de mesures fermes qui rejoignent la position de Nicole Maestracci :

- une répression sévère du trafic.
- un contrôle strict de produits précurseurs tel que « l'ice ».
- placer la prévention de la drogue, du tabac et de l'alcool sur le même plan.
- souligner les risques infectieux et agir dans la réductions des dommages.

S'il est nécessaire de développer les alternatives à l'incarcération, la généralisation des foyers ouverts comme réponse à la délinquance liée au trafic de drogue n'apparaît pas comme une réponse judicieuse et ne suffit pas à extraire un jeune attiré par un modèle de vie satisfaisant.

Enfin, il est primordial d'être attentif aux messages véhiculés par les acteurs ayant une prise sur l'adolescence. L'apologie de l'usage de stupéfiants, trop souvent faite par les modèles d'identification de jeunes, annihile les efforts de la prévention. La vulnérabilité et les caractéristiques propres de l'adolescent appellent un contrôle plus strict des médias et de vecteurs de communications encore mal maîtrisés.

⁶⁶ Op.cit.

⁶⁷ Op.cit.

CONCLUSION

Les entretiens successifs et l'analyse des différentes bibliographies traitant de la poly-consommation ont permis de retenir quelques convictions communes. Ainsi les pratiques des professionnels ont connu un *aggiornamento* indissociable d'une évolution des consommateurs. Toutefois la complexité à appréhender l'alcool, le tabac ou les drogues sous un même angle traduit bien le caractère sinueux du rapprochement des acteurs de la prise en charge de l'addiction.

Mais cette situation tient finalement à la difficulté de s'entendre sur une définition commune de la drogue et à la capacité ou non de se défaire des représentations morales. La drogue est communément définie comme « substance psycho-active prêtant à une consommation abusive et pouvant entraîner des manifestations de dépendance ». Ainsi, et pour paraphraser Nicole Maestracci, la drogue, c'est l'histoire de la fragilité de l'homme. La tentation de prendre des produits pour avoir du plaisir, ne pas souffrir, surmonter des moments difficiles ou améliorer ses performances, est consubstantielle à l'homme. Sans se résigner, il est indispensable de se détacher d'objectifs irréalistes comme l'éradication de la toxicomanie. De manière très pragmatique et éclairée, Monique Pelletier dans son rapport de 1978⁶⁸, rappelait que « l'usage des drogues est un phénomène durable, ce qui conduit à tenter de vivre avec, au moindre coût sanitaire et social ». Ainsi l'objectif d'une politique de santé cohérente visera à accompagner le consommateur, à participer à la réduction des risques tout en agissant de manière significative sur la prévention, un levier d'action essentiel pour soustraire une part de la population au mécanisme de l'addiction. De même, les réponses données aux phénomènes de poly-consommations ne doivent pas refléter un arbitrage manichéen favorable à la prohibition ou au contraire à la légalisation.

Toutefois, il semble que les représentations du grand public aient évolué et se soient rapprochées de l'état des connaissances scientifiques. Plus particulièrement, les dangers de l'alcool et du tabac ou même de l'ecstasy sont mieux perçus, tandis que l'on constate un rapprochement culturel entre alcoologie et toxicologie. Reste donc à établir une politique de maîtrise de l'addiction homogène dans son organisation et son financement.

⁶⁸ Pelletier Monique, Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, Paris, La Documentation française, janvier 1978

Bibliographie

Ouvrages – rapports

Sannino N., Duburcq A., Diaz-Gomez C., « Evaluation de la pertinence des expériences de rapprochement des structures spécialisées pour une prise en charge globale des conduites addictives », Rapport provisoire, octobre 2002

Delile JM., Facy F., Dailly S., « Epidémiologie des polyconsommations alcool, drogue », Rencontres ANIT/INSERM/ANPA, Editions EDK, Paris, 2001

Rapport Pelletier 1978

Rapport Henrion 1995

Parquet JP., Raynaud M., Lagrue G., « les pratiques addictives », Editions Odile Jacob, Paris, février 2000, 273 pages

Trautmann C., « La lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants », Rapport au Premier ministre, La Documentation française, février 1990

Bergeron H., « Dispositifs spécialisés alcool et toxicomanie, santé publique et nouvelle politique des addictions », Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2003

DGS, « Pour une prise en charge globale des conduites addictives : évaluation d'expériences de rapprochement de structures spécialisées », 2003

OFDT « Drogues et Dépendances, indicateurs et tendances », Paris, 2002

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001 », La Documentation française

Sites Internet

www.anit.asso.fr : Association nationale des Intervenants en toxicomanie

www.mgt62.fr : Médecins généralistes et toxicomanies 62 « Prévention primaire, secondaire, tertiaire »

www.anpa.fr : Association nationale de prévention de l'alcoolisme

www.alcoologie.org : FFAA Fédération française d'alcoologie ambulatoire

www.cfes.santé.fr : INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

www.senat.fr : Loi de financement de la sécurité sociale 2003 : « Le transfert du financement des dépenses médico-sociales des centres spécialisés de soins aux toxicomanes »

www.drogues.gouv.fr : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie : « Cadre légal et évolution des politiques publiques de lutte contre la drogue », « Formation : Harmoniser les connaissances des principaux acteurs

www.ccomptes.fr : Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, Rapport public particulier, Cour des comptes, Paris, 1998, 248p.

www.AP-HP.fr : 5ème colloque d'addictologie

www.droque-danger-debat.org : Le site non officiel du débat sur la drogue.

www.humanité.fr : journal

www.chanvre-info.ch : Les Echos du chanvre
fr.news.yahoo.com : Lutte anti-drogue : Sarkozy durcit le ton.
forum.transnationale.org : France : Le retour du lobby de l'alcool

Revues

La revue du praticien, n°12, juin 2003, tome 53, pages 1291-1342

Poueyto P., «Evolution des politiques publiques en France en matière de soins en toxicomanie. Association nationale des intervenants en toxicomanie»

Textes réglementaires

Code de la santé publique – 3eme partie – livre IV

Code de procédure pénale -(Livre III : de quelques procédures particulières. Titre seizième) - Articles 706-26 à 706-33 : règles de procédure pénale dérogatoires au droit commun en matière de poursuite, d'instruction et de jugement des infractions en matière de trafic de stupéfiants, y compris les livraisons surveillées et les procédures d'infiltration.
Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, Ivresse publique, Titre IV

Loi n° du 30 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses

Loi du 12 juillet 1978 instaurant les contrôles d'alcoolémie

Loi du 17 janvier 1986 instaurant les délits de cession et d'offre en vue de la consommation personnelle

Loi du 31 décembre 1987 renforçant la répression du trafic de stupéfiants

Loi du 12 juillet 1978 instaurant les contrôles d'alcoolémie

Loi du 17 janvier 1986 instaurant les délits de cession et d'offre en vue de la consommation personnelle

Loi du 31 décembre 1987 renforçant la répression du trafic de stupéfiants

Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

Loi n° 2002-2 DU 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale

Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes

Décret du 3 août 1953 portant création de l'office central de répression du trafic illicite de stupéfiants au ministère de l'intérieur

Décret n° 82-10 du 8 janvier 1982 relatif à la création du comité interministériel de lutte contre la toxicomanie

Décret n° 85-191 du 7 février 1985 relatif à la création de la mission permanente et interministérielle de lutte contre la toxicomanie.

Décrets n°87-328 du 13 mai 1987 modifié par le décret n°89-650 du 11 août 1989 autorisant la vente libre de seringues en pharmacie aux personnes de plus de 18 ans

Décret N°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, J.O. du 2 juillet 1992

Arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants

Arrêté du 9 mai 1995 portant création de la mission de lutte anti-drogue au ministère de l'intérieur

Arrêté du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de la direction générale de la santé en bureaux – création d'un bureau chargé des pratiques addictives

Autres :

France Inter lundi 15 septembre 2003 : « le 13 –14 » Sur la réforme de la loi de 1970.

Liste des annexes

Grille de questions utilisée lors des entretiens	II
Entretien avec Jean-Pierre Couteron, responsable d'un CSST	III
Entretien avec le Docteur Alain Morel, Président de la Fédération Française d'Addictologie et directeur d'un CSST	V
Entretien avec Martine Lacoste, directrice d'un CSST : Association <i>Clémence Isaure</i> , Toulouse	VII
Entretien avec une psychologue et un infirmier de CSST : « La Terrasse », Paris	IX
Entretien avec Jean-Claude Belin, directeur d'un CCAA : <i>ANPA 31</i> , Toulouse	XI
Entretien avec le Docteur Laugier, CCAA de Saint Denis	XIII
Entretien avec Mme Blazy, Directrice de CCAA, Bordeaux	XVI
Entretien avec François Hervé, Président de l'ANIT	XVIII
Entretien avec le Docteur J.M. DELILE, Directeur du CEID	XXII
Entretien avec M. Leday, Président de la Croix Bleue et M. Charpentier, Directeur du Siège de la Croix Bleue	XXIV
Entretien avec le Dr Dugarin, toxicologue à l'Hôpital Lariboisière	XXVII
Entretien avec le Docteur STEPANI, membre d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)	XXIX
Entretien avec M. ARCARAZ, animateur social au CH de Libourne	XXXI
Entretiens téléphoniques avec les Docteurs Ettendorff, médecin généraliste à Bonneuil-sur-Marne (94) et Mimoun, médecin généraliste à Toucy (77)	XXXIII
Entretien en tant qu'usager avec un médecin généraliste d'une unité de tabacologie en hôpital	XXXV
Entretien avec Madame DONADEO et le Docteur BOST, Infirmière et psychiatre au CHRS « Relais de la Poterne », Paris	XXXVII
Entretien avec la Brigade des stupéfiants (Commandant - Service des Mineurs)	XL
Entretien téléphonique avec M. Simon André, responsable du Mouvement Vie Libre (association néphaliste) à Rennes	XLII

I – Présentation

- fonctions, missions
- place dans le dispositif

II – Le consommateur

- perception de l'évolution du profil du consommateur ?
- poly consommation ?
- dépendance : la MILDT préconise une approche globale des dépendances et non plus une approche par produit : qu'en pensez-vous ?

III – Pratiques des professionnels

- ont-elles évolué ? (si oui, comment – quels professionnels cela concerne – est-ce que cela a entraîné un changement dans l'organisation du travail de l'ensemble de l'équipe ?
- une adaptation « matérielle » des lieux a-t-elle été nécessaire ?
- attentes en matière de formation (ou autres) ?

IV – Prévention de la poly-consommation

- détection des poly-consommateurs
- tests de motivation aux changements ?
- sensibilisations (tout particulièrement des adolescents) ?
- évaluation des actions ?
- carences ?

V – Environnement du professionnel

- partenariats, réseaux
- rapprochement : existe-t-il ? moyens ? efficacité ?
- obstacles (différences culturelles,...) ?

VI – Propositions

I – PRESENTATION

Jean-Pierre COUTERON est psychologue, responsable d'un CSST de Mantes-la-Jolie dans les Yvelines. Ce centre associé à un CCAA forment une même entité appelée CEDAT. Un pavillon héberge ces deux dispositifs d'accueil, avec cependant un traitement séparé des consommateurs. A côté du modèle courant d'association, le CEDAT dispose d'un statut plus « confortable » puisqu'il est sous gestion hospitalière.

Jean-Pierre COUTERON participe régulièrement aux travaux de la MILDT et collabore avec la DGS. Administrateur national de l'ANIT, il a développé une étude sur les jeunes consommateurs.

Son approche théorique et sa parfaite connaissance des dossiers nationaux en matière d'addictologie nous ont permis de saisir la difficulté d'établir une ligne commune à toutes les structures en charge d'accueillir les consommateurs de drogues ou d'alcool.

II – LE CONSOMMATEUR

Il est difficile et dangereux, selon lui, de conclure à l'évolution des profils de consommateurs, car :

- 1 - les outils d'enregistrement sont primaires et dépendent de bonnes volontés.
- 2 – la culture épidémiologique est jeune.
- 3 – longtemps, la DGS a souhaité que le traitement du cannabis soit laissé de côté au profit des drogues « lourdes » .
- 4 – la file active des centres d'accueil dépend de la complaisance ou non de certains médecins libéraux dans la prescription de SUBUTEX.
- 5 – le politique et les médias s'emparent aujourd'hui du phénomène cannabis, hier encore sans grand intérêt.

Toutefois, il constate l'arrivée, depuis 4-5 ans de poly-consommateurs fortement dépendants (héroïne, crack, cocaïne et alcool) qui passent par quelques pauses substitutions.

Les consommateurs actuels se divisent aujourd'hui en quatre catégories :
les anciens héroïnomanes.

les nouveaux (gros mélanges) – ces poly-consommateurs fortement dépendants.

Les jeunes consommateurs (alcool, cannabis, tabac).

Les « festifs » (ecstasy, cannabis,...)

III – LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS

Il constate un réel changement des pratiques avec l'arrivée de la substitution et la « disparition » du sevrage / abstinence. On recherche désormais à préserver l'équilibre psychique de la personne, à contrôler son état physique même si la dépendance persiste. Maintenir du lien social apparaît alors primordial. La substitution constitue le levier majeur d'action sur la toxicomanie qui se dégage des conférences de consensus.

Autre nouvelle approche : la réduction des risques (ex : bus Méthadone, Médecins du Monde à l'entrée des Raves pour contrôler la qualité des produits – *la MDMA des ecstasys*-) qui s'oppose d'une certaine manière à l'obligation de soins. Cette politique du moins pire ne fait d'ailleurs pas l'unanimité.

Enfin, dans les centres d'accueil, on ne recherche pas le soin à tout pris, mais l'accompagnement de la personne. Le CEDAT a développé dans ce but trois approches en fonction des consommateurs, dont l'une est expérimentale :

- 1 – il s'agit d'une souffrance psychologique : traitement classique, suivi thérapeutique.
- 2 – gros consommateur : là encore dynamique classique (substitution).
- 3 – le consommateur régulier qui pense tout contrôler : là, le CEDAT propose à ces personnes un « test d'auto-évaluation de contrôle » (expérimental) , forme d'entretien semi-directif emprunté aux théories de l'addictologie.

IV – Réseaux, obstacles et propositions.

Réseaux :

Il est nécessaire d'adapter la prise en charge, le discours, les méthodes au parcours du consommateur. Le réseau doit concerner les acteurs en contact direct avec la vie de ces consommateurs. L'accompagnement se fera ainsi d'un point à un autre. Il s'agira d'un partenariat chronologique. L'intervention gagne à se faire précocement, en milieu naturel (établissements scolaires, espaces festifs,...)

Obstacles :

Faut-il attendre l'interpellation du consommateur ou développer un dispositif propre au système de santé ? (question soulevée et débattue par la MILDT)

Sur ce point JP COUTERON a évoquée une circulaire (donc suivie plus ou moins suivant la volonté du parquet concerné) de juin 1999 – circulaire GUIGOU - : A la 1^{ère} interpellation d'un consommateur, il y a un classement sans suite avec signification d'orientation (la personne est convoquée dans une structure pour orientation). Cette circulaire doit être interprétée comme la dépénalisation d'une 1^{ère} interpellation d'un consommateur de drogue.

JP COUTERON tient à se détacher de cet aspect sanction qui concerne d'autres professionnels. Il ne travaille pas sur ce registre, car il signifierait un refus d'accompagnement par les consommateurs.

Propositions :

- 1 – Redéfinir une approche collective qui permette d'éviter les « virages à 180° »
- 2 – Donner au ministère de la santé une priorité sur les dossiers addictions (cf. situation actuelle avec ministère de l'intérieur).
- 3 – Evoluer sur les pratiques, car le milieu est sclérosé. Depuis la suppression des CSAPA, l'addictologie n'est plus une « politique » de santé. Conclusion : chacun défend sa paroisse et la défense d'une approche commune n'est plus d'actualité.

I – Présentation

Le Dr Alain MOREL est psychiatre, président de la Fédération Française d'Addictologie, directeur d'un CSST (le Trait d'Union). Il a participé à différents travaux de la MILDT et à l'élaboration du rapport RASCAS.

Le Trait d'Union est une association. Son financement, bien que précaire, est assuré par le PRAPS et la commune. Ce CSST avait vocation à devenir un CSAPA... Ses missions sont celles fixées par le décret de février 2003 relatif aux institutions traitant la toxicomanie. L'association, créée en 1979, avait pour objectif premier de prendre en charge les toxicomanes en prison et leur assurer des conditions d'accueil à la sortie. De cette expérience première, la structure a conservé sa technique de réinsertion : multiplier les lieux de vie et les appartements thérapeutiques avec un encadrement sur plusieurs mois, 24h/24.

II – Le consommateur

Alain MOREL prétend ne pas cesser de découvrir des évolutions chez le consommateur. Quant à la poly-consommation, elle semble avoir toujours existé. Il y a 78 ans, le stéréotype du toxicomane était cependant bien établi : il commençait par prendre du cannabis, faisait l'expérience de l'héroïne pour finalement devenir dépendant. Son traitement s'est formalisé au cours du temps. Désormais de nombreux paramètres à prendre en considération empêchent une prise en charge systématique.

Pour lui, le nouveau consommateur se caractérise selon deux aspects majeurs :

- il ne prend plus seulement des opiacés ;
- il met en place une stratégie précoce visant plusieurs objectifs : ressentir des effets précis, le plus souvent déterminés par l'environnement (euphorie, apaisement, ...), compenser les sensations de la descente, prolonger les effets d'un produit,... Bref, le consommateur est pris dans une vraie démarche consumériste.

Il constate l'arrivée d'un nouveau produit capable de gagner du terrain : « l'ice », de la méta-amphétamine

- ses effets sont comparables à ceux de la cocaïne mais ils durent beaucoup plus longtemps.
- Il peut se fumer.
- L'ice est beaucoup moins cher que la cocaïne.
- Il s'agit du produit n°1 en Asie, tandis que les E.U. s'inquiètent d'une progression de sa consommation.

III – Les pratiques professionnelles

Il distingue trois grosses évolutions dans les pratiques :

- La professionnalisation : différenciation des fonctions au sein des associations, arrivée des travailleurs sociaux et des assistantes sociales.
- La territorialisation : les besoins sont désormais mesurés. Chaque structure a la charge d'un secteur bien déterminé.
- La médicalisation : jusqu'au début des années 90, certains établissements pour toxicomanes n'assurent aucunes prescriptions. L'accélération de la médicalisation sera assurée par l'arrivée de la substitution.

La pratique professionnelle s'oriente sur trois axes majeurs : l'individu, le produit et l'environnement. Toutefois, l'association de substances et l'absence de traitement de substitution pour certaines drogues empêchent une prise en charge médicale efficace.

Des alternatives expérimentales sont alors développées comme les tests de motivation au changement qui permettent de définir les conditions d'un accompagnement.

D'autre part, il convient d'intégrer des dynamiques différentes de la dépendance selon les produits. Certaines nouvelles consommations se caractérisent par leur intensité et leur répétition dans un laps de temps très court, sans être quotidiennes.

IV – Prévention, réseaux et propositions

Prévention : A. MOREL rejoint, sur ce point, la conception de J.P. COUTERON. Il faut :

- Tenir compte de la chronologie de l'entrée dans la toxicomanie.
- Que l'intervention soit précoce et se fasse sur le lieu de vie du consommateur.
- Faire connaître les associations par différents acteurs sur le terrain.
- Eviter de mettre en avant le soin et la thérapie aux yeux du consommateur.

Réseaux : Evocation de l'échec des CSAPA :

- La raison de fond : la barrière culturelle. Même si l'alcool est une substance psycho-active, elle n'est pas perçue comme une drogue. L'idée d'un guichet unique a effrayé le politique. La MILDT et les professionnels s'étaient pourtant défendus de vouloir mettre en place un tel modèle. Seul l'hôpital aurait pu envisager un service d'addictologie en tant que tel.
- Penser de façon administrative la gestion de tous les addictifs (guichet unique) était une erreur.
- Changement de gouvernement, donc changement de politique.
- Défense d'intérêts particuliers (CSST/CCAA).

Toutefois les partenariats s'organisent de façon locale au gré des bonnes volontés et au hasard des ententes...

Propositions : La motivation existe et les gens qui travaillent dans ce milieu sont capables de s'investir dans un projet. Les compétences et la formation sont là. Mais la précarité des financements empêchent de croire en la pérennité d'une innovation ou d'une nouvelle structure. Il manque une politique de santé avec des moyens.

Donc établir une vraie politique de santé sur la base de la loi du 2 janvier 2002 et confier à ce secteur un budget digne de sa cause (aujourd'hui le budget addiction représente au niveau national le budget d'un grand hôpital local de province).

▪ **Présentation**

Martine Lacoste, est la fondatrice de l'association *Clémence Isaure* (Toulouse), en 1987, dont elle est également directrice. Auparavant elle a travaillé durant 7 ans au Centre Marmottan, auprès du Pr. Olievenstein, grand spécialiste des drogues.

Ce Centre spécialisé de soins aux toxicomanes, financé dorénavant par l'Assurance Maladie, comporte plusieurs établissements et des équipes mobiles. Il emploie 8 personnes (psychologue, médecins : 3 h par semaine, juriste, éducateur, assistante sociale), et accueille environ 320 personnes sur l'année.

▪ **Le consommateur**

Selon Martine Lacoste, la toxicomanie est la rencontre de 3 paramètres :

- un produit
- une personnalité
- un moment social et culturel donné.

Evolution du profil du consommateur et des usages :

3 moments ont constitué selon Martine Lacoste des temps forts dans l'évolution des consommations :

- l'arrivée du SIDA dans le contexte social et culturel, en 1986 ; à partir de ce moment-là, l'image du toxicomane s'est modifiée, celui-ci n'étant plus perçu socialement comme un délinquant mais plutôt (ou également) comme une victime ;
- la politique de substitution développée en France dès 1993 ; aujourd'hui 6 à 8000 personnes sont sous méthadone et 90 000 sous Subutex ;
- le troisième moment a été, beaucoup plus récemment, le développement de nouvelles drogues (ou d'anciennes substances remises au goût du jour), associées à des événements festifs.

En raison de ce développement de drogues « festives », les opiacés ont perdu la place prépondérante qu'ils détenaient, ce qui a contribué à diversifier encore l'offre de substances nouvelles.

Pour autant, il doit être souligné que le phénomène de polyconsommation n'est lui pas nouveau : en témoignent les héroïnomanes polyconsommateurs dans les années 70, ou les mélanges d'alcool et de médicaments, souvent pris dans les armoires à pharmacie familiales, dans les années 80.

Ce qui est nouveau en revanche, c'est le contexte culturel des années 90, orienté plus qu'auparavant vers le dépassement de soi et l'exploit sportif. Ce contexte culturel, associé à de nouveaux types de musique (techno, house), ont favorisé le développement de produits tels que cocaïne, LSD, speeds, ecstasy, hallucinogènes.

Selon Martine Lacoste, certaines de ces drogues ne sont pas nouvelles (par exemple le LSD, déjà utilisé dans les années 60, au moment de la vague « psychédélique »), mais elles ont connu un retour en grâce en même temps que s'est développée une culture du virtuel. Internet, sans être à l'origine des nouvelles drogues, est très emblématique de cette culture de la fin des années 90, marquée par une volonté de repousser les bornes, et de pénétrer dans un autre monde, parallèle du monde réel.

Les substances utilisées dans beaucoup de raves (hallucinogènes, MDMA de l'ecstasy) jouent selon Martine Lacoste, un rôle similaire. L'heure n'est plus au retournement sur soi, comme au temps de l'héroïne, mais à l'entrée collective dans une sorte de transe permettant d'accéder à un « parallèle de l'humain », à un « au-delà de soi », et ainsi de se détacher de son propre corps.

De ces nouvelles consommations peuvent être rapprochées les expériences physiques sur le corps, qui, à l'instar des tatouages, piercings et incrustations, participent d'un phénomène similaire de transgression des limites naturelles du corps.

▪ **Pratiques des professionnels**

Martine Lacoste se dit opposée à une fusion imposée par la loi, entre CSST et CCAA (Centres de cure ambulatoire en alcoologie), même s'il existe des contacts avec eux, et qu'elle respecte leur travail. Elle est d'accord avec l'idée de Jean-François Mattéi selon laquelle un alcoolique ou un simple fumeur de tabac aura peu tendance à aller vers un centre prenant en charge également des toxicomanes.

Dans la pratique, de toute façon, même si presque tous les toxicomanes sont polytoxicomanes, il existe en général une substance qui prime sur les autres, et pour laquelle le patient vient se faire traiter. Au sein du CSST, lorsqu'un toxicomane est également alcoolique, il est traité pour les deux dépendances, sans qu'il soit en général nécessaire de recourir à un CCAA.

De plus, Martine Lacoste insiste sur la différence de culture des professionnels des deux secteurs, la transgression de la loi étant mieux gérée par les centres spécialisés en toxicomanie.

▪ **Propositions**

Martine Lacoste est favorable à l'établissement de passerelles entre professionnels (ex. mise à disposition une fois par semaine d'un médecin du CCAA pour le CSST), mais pas à une obligation de rapprochement. D'autant qu'un tel rapprochement ferait craindre, au plan financier, une fongibilité des enveloppes s'opérant au détriment des CSST.

Sur le concept d'addictologie, elle se montre plus que réservée, considérant que celui-ci a surtout servi d'écran de fumée, pour éviter un vrai débat sur la loi de 1970.

Elle reconnaît néanmoins que la MILDT a travaillé sérieusement, et que le rapport de Nicole Maestracci, son ex-présidente, s'est révélé très utile pour regarder la dépendance d'autres drogues que les drogues illicites. En ce sens, le rapport de la MILDT a contribué à déstigmatiser les toxicomanes.

Ce concept d'addictologie a quand même permis quelques expériences intéressantes :

- l'ouverture d'un centre dans certains milieux ruraux, où il n'aurait pas été possible d'ouvrir à la fois une structure d'alcoologie et une autre pour toxicomanes ;
- l'ouverture d'unités d'addictologie dans les hôpitaux.

Thème n°1 : Présentation

Le CSST « La Terrasse » dépend de l'hôpital « Maison Blanche ».

5 pôles d'activité :

- le centre d'accueil et de consultation pour toxicomanes (XVIII) prend en charge les demandes de substitution et de psychothérapie, et comprend également des ateliers théâtre, lecture, relaxation.

L'équipe est constituée de psychiatres à TP, de psychologues, d'infirmiers et d'assistantes sociales.

- l'unité méthadone (XVIII) comprend un médecin généraliste à TP et un infirmier.

- la « boutique Boréal » (terme signifiant que des douches et un échange de seringues sont à la disposition de visiteurs) où nous sommes reçus est la seule qui soit gérée par un hôpital public et a été fondée en 1995 (XIX).

Dans cette structure travaillent un médecin généraliste, un psychologue, trois infirmiers, une assistante sociale et une équipe de rue de quatre personnes qui va à la rencontre des toxicomanes dans les secteurs de Stalingrad et Strasbourg St Denis.

La « boutique » propose un accueil anonyme et gratuit sans obligation de soins. Elle est un moyen de créer du lien social et constitue un premier lieu de rencontre après la rue.

- une équipe mobile de liaison psychiatrique, dont la mission consiste notamment à rechercher des partenariats lorsque les patients ont des problèmes psychiatriques.

- un dispositif d'hôtel et d'appartements thérapeutiques.

Thème n°2 : Le consommateur

La « boutique Boréal » reçoit des personnes totalement marginalisées (pour certaines d'entre elles, détachement absolu du corps).

Elle a été fondée pour s'occuper des crackers qui constituent le public privilégié. La population de crackers est en développement, notamment à cause de la raréfaction de l'héroïne ces dernières années.

La consommation de crack est souvent associée à la consommation d'autres produits, essentiellement de l'alcool et des médicaments.

A côté des crackers, il y a de nombreux consommateurs de subutex associant ce produit de substitution à différentes drogues. Depuis la mise en place de la substitution, les professionnels de la « boutique » ont pratiquement toujours assisté à des transgressions. Il y a même certains consommateurs de subutex qui n'ont jamais touché à l'héroïne. Un marché noir de subutex est d'ailleurs très actif et certains toxicomanes vont voir de très nombreux médecins généralistes en même temps pour se faire prescrire ce produit. Selon l'infirmier et le psychologue rencontrés, le subutex a été mal conçu car il y a eu focalisation sur le produit sans tenir compte du mode de vie des consommateurs. Ainsi, ce produit est sniffé, shooté, sans que ces modes d'ingestion aient été prévus, ce qui engendre de graves problèmes somatiques.

Evolution : les consommations sont de plus en plus extrêmes et violentes.

Thème n°3 : Pratique des professionnels

Les pratiques ont changé avec le travail engagé autour des produits de substitution (diminution de la distribution de seringues). Le rôle des professionnels consiste surtout à ne pas banaliser cet acte. L'ambition de la boutique n'est pas de travailler sur la sortie de la drogue, mais d'aider les personnes à vivre avec en diminuant les risques.

Les fondements de la pratique professionnelle sont toujours les mêmes : il n'y a pas deux personnes qui vivent le produit de la même manière ; il est donc nécessaire d'appliquer

une approche individuelle et technique (diminution des doses,...). Tout est affaire de lien entre les intervenants et le toxicomane.

La difficulté avec les crackers est qu'ils oublient tout ce qu'ils ont pu dire quelques minutes auparavant, ce qui rend problématique l'engagement d'une thérapie sur la durée.

Thème n°4 : Prévention de la poly-consommation

C'est essentiellement le rôle des équipes mobiles. Celles-ci s'intéressent exclusivement aux « drogues dures ». Ainsi, il y a peu de travail de prévention autour du cannabis ou de l'ecstasy.

Thème n°5 : Environnement du professionnel

Des relations difficiles sont entretenues avec les services psychiatriques qui ont tendance à stigmatiser la toxicomanie. Quand une hospitalisation est demandée, la « boutique » s'engage sur un suivi du patient pour soulager le service psychiatrique.

La « boutique » travaille aussi beaucoup avec des associations (ex : l'association « coordination XVIII » dont la mission consiste à médiatiser les actions entre usagers et riverains).

Une certaine collaboration est engagée avec le commissariat du XVIII. Pour autant, une forte incompréhension règne entre les toxicomanes et de nombreux gardiens de la paix.

La « boutique » travaille aussi avec le milieu carcéral pour accompagner les toxicomanes qui sortent de prison (9 fois sur 10, leur première préoccupation est de rechercher de la drogue).

Pas de rapprochement avec les structures spécialisées en alcoologie : les approches sont trop différentes. Ainsi, l'alcoolique nie la plupart du temps son problème, ce qui n'est pas le cas des toxicomanes. Le dialogue est plus difficile avec les alcooliques qui perdent rapidement tout contact avec la réalité. D'ailleurs, les toxicomanes ne veulent pas se mêler aux alcooliques durs.

Thème n°6 : Propositions

Les professionnels déplorent les faibles moyens budgétaires accordés à la lutte contre la toxicomanie. Les problèmes financiers se sont récemment accrus et de nombreuses associations sont au bord de l'asphyxie.

Il y a également un manque crucial d'hébergement (les $\frac{3}{4}$ de toxicomanes vivent dehors). Les toxicomanes ne veulent pas se rendre dans des structures comme le « SAMU social » car ils ne veulent pas être mêlés aux clochards.

Le psychologue et l'infirmier constatent une diminution du nombre des usagers dans les structures, alors que les équipes mobiles estiment qu'il y a toujours autant de toxicomanes. Ils expliquent cette relative désaffection par la montée de la répression qui s'accompagne d'une plus grande méfiance et d'une augmentation de la violence de la population toxicomane.

**Entretien avec Jean-Claude Belin, directeur d'un CCAA :
ANPA 31, Toulouse**

▪ **Présentation**

L'association dirigée par Jean-Claude Belin était à l'origine le CDPA, Centre départemental de prévention de l'alcoolisme. C'est désormais l'ANPA 31, une antenne de l'association nationale ANPA, Association nationale de prévention de l'alcoolisme.

ANPA 31 a le statut de CCAA, Centre de cure ambulatoire en alcoologie.

En 2001, l'ANPA est devenue l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme *et de l'addictologie* (ANPAA), marquant un tournant vers la prise en charge des addictions et plus seulement de l'alcoolisme.

ANPA 31 compte 7 équivalents temps plein, l'association ANPA nationale regroupant pour sa part 1200 salariés.

ANPA 31 a trois missions :

- la prévention ;
- la formation professionnelle ;
- la prise en charge médico-sociale des individus traités, mission représentant 80 % de l'activité.

L'équipe médicale est constituée d'un médecin addictologue, et d'un médecin ayant un DU d'alcoologie et de tabacologie.

▪ **Pratiques des professionnels**

Selon Jean-Claude Belin, 2001 a constitué un passage vers l'addictologie. Celui-ci a été fortement encouragé par la DDASS de Haute-Garonne. Il souligne que le travail des professionnels de l'association se fait davantage aujourd'hui sur la dépendance que sur le produit.

ANPA 31 a de plus participé à l'ouverture d'un Centre d'addictologie à Saint-Gaudens, en Haute-Garonne. Celui-ci, expérience réussie de ce qui apparaît comme une mise en pratique du concept d'addiction, permet de recevoir en un même lieu des personnes sujettes à différents types de dépendances.

Initialement il avait été prévu des locaux avec des salles d'attente différentes, mais les crédits n'ont permis qu'une salle commune. Selon Jean-Claude Belin, cela ne pose à l'usage aucun problème, et des alcooliques cohabitent très bien avec des toxicomanes, dans la même salle d'attente.

▪ **Propositions**

Sur le problème des moyens, Jean-Claude Belin reconnaît que les enjeux financiers peuvent expliquer le refus de certains CSST de le rejoindre au moment de la création d'un centre d'addictologie.

Mais d'après lui, dans les faits, on ira de toute façon vers des sortes de «CSAPA », Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. C'est déjà plus ou moins ce que fait l'ANPA à son niveau, en prenant en charge tant l'alcool que le tabac.

Les vrais clivages demeurant à vaincre résident selon Jean-Claude Belin dans :

- les problèmes de financement ;
- la différence d'approche drogues licites / drogues illicites.

Thème 1 : fonctions missions

Médecin généraliste, attaché au CCAA de la ville de Saint Denis 93 (CCAA géré par la municipalité). Praticien hospitalier-alcoologue, poste créé suite à la possibilité de création d'unités de liaisons (circulaire de 2000) directrice de l'unité de liaison et d'addictologie de l'hôpital de Saint Denis. Coordinatrice les actions des 3 autres antennes alcoologie de la ville. Coordonne liaisons et articulations.

A effectué le choix d'une spécialité en addictologie très tôt dans ses études et a très rapidement travailler dans l'alcoologie. Travaille au sein de l'hôpital et sur les structures de la ville.

L'unité fonctionnelle est rattaché au service gastrologie de l'hôpital, cependant il n'y a pas de lit réservé dans ce service excepté lors d'un sevrage programmé.

E choix a été effectué pour que les équipes interviennent sur tous les services de l'hôpital. Afin de réaliser des dépistages précoces.

Thème 2 : Evolution du consommateur

Le docteur Laugier constate effectivement une évolution de la consommation sur les dernières années en particulier la problématique alcool chez les anciens héroïnomanes qui ont eu accès aux produits de substitution Subutex et Méthadone. Cette problématique serait apparue dans les centres spécialisés depuis une dizaine d'années.

On constate que les personnes qui accèdent aux soins, en particulier dans nos centres des personnes ont une moyenne d'âge de 42 ans avec effectivement une tranche d'âge de 35 à 50 ans.

Peu de personnes très jeunes qui font la démarche, à part ceux envoyés par la justice.

Thème 3 : Evolution des pratiques

Le Dr Laugier considère que l'évolution des pratiques a peu évolué dans la prise en charge du patient, on les reçoit toujours de la même manière. Ce qui a changé, c'est l'approche et la connaissance des institutions les unes par rapport aux autres.

Dès 1996 lorsque le gouvernement précédent avait décidé de créer les Csapa et avec l'évolution de l'organisation des soins, des circuits hospitaliers ont été favorisés. Malgré une lever de boucliers des professionnels contre les Csapa, le Dr Laugier pense que les mesures prises ont permis un réel rapprochement des différents dispositifs, avec un réel changement et la mise en place de lieux de rencontres.

Bien que les Csapa n'aient pas été mis en place et que chaque dispositif reste dans des lieux différents, ce fut l'occasion pour les professionnels de réfléchir aux spécificités et aux différences des différents dispositifs et de plus, il fut mis des moyens supplémentaires au service de l'addictologie.

Thème 4 : environnement professionnel

Un gros travail reste encore à faire, les réseaux ne sont pas formalisés cependant les dispositifs semblent s'autoriser à travailler davantage ensemble.

Le rôle du médecin généraliste (médecine libérale) lui paraît essentiel. Des statistiques montrent que 25 % de la clientèle des généralistes seraient confrontés à la problématique alcool. Toute l'évolution qui fait que l'on est aujourd'hui dans une approche addictologique, et non plus centré sur le produit ne fait que poser des choses existantes depuis de nombreuses années. Le fait de prendre en compte l'individu dans sa globalité et de sa dépendance n'est pas récente, on a pas qu'une approche somatique. Les médecins généralistes sont bien évidemment au cœur du dispositif de prise en charge et certains interviennent en tant que libéraux dans notre service.

Par ailleurs, nous offrons en tant qu'« experts » information sur les dépendances ou support pour l'orientation et pour la constitution d'un réseau.

Le médecin généraliste peut et doit être au cœur des problématiques de dépendance et nous effectuons un gros travail de liaison et de suivi des patients avec eux.

Pas de problème spécifique avec la justice. Les gens qui ont l'obligation de consulter rencontre souvent un problème ponctuel avec l'alcool, cependant c'est l'occasion de faire un point.

Les obstacles comme les différences culturelles des secteurs ne lui semblent pas fondamentaux. Le Dr Laugier souhaite que les dispositifs gardent une grande souplesse.

Le travail avec l'ensemble des partenaires se construit même s'il y a encore beaucoup de travail à faire, au sein de l'hôpital il convient de favoriser l'articulation avec service psy et service des urgences notamment.

L'accompagnement se construisant avec le patient, le souhait étant de répondre, de permettre un mieux être au patient, c'est avec lui que doit être déterminé si il vaut mieux séparer les prises en charge (au sens thérapeutique) et tout traiter au même endroit.

Cela dépend de la demande du patient mais aussi des volontés des praticiens.

Thème 5 : Prévention

La prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire est évidemment essentielle et fait partie intégrante du travail des CCAA. L'unité de liaison intervient par exemple à la demande des écoles primaires et des collèges. Le service du Dr Laugier a monté une pièce de théâtre qui est jouée dans différentes structures.

Cependant la prévention passe par le repérage et une intervention précoce. Une dynamique de prévention au sein de toutes les structures de soins doit être développée en dehors de la relation duelle avec le patient. Il doit y avoir un abord communautaire et cela passe par une formation de l'ensemble des personnels soignants (au sens large).

Dans la cadre de la formation initiale, il existe aujourd'hui un diplôme complémentaire en addictologie qui permet maintenant la création de postes d'addictologue.

Thème 6 Propositions

Le rapprochement lui semble effectif et réel, il a permis de mieux connaître les autres dispositifs et permet ainsi aux professionnels des dispositifs d'aller plus loin dans la prise en charge globale du patient sachant que l'on peut s'appuyer sur les autres dispositifs. Le rapprochement au sein d'un même dispositif (ici l'alcoologie) est effectif, la coordination des actions et le propre des unités de liaison est de favoriser le rapprochement.

Ainsi sur le département de la Seine Saint Denis, des réunions et groupes de travail a l'année ont été mis en place Une rencontre avec l'ensemble des partenaires médico-sociaux est organisée tous les 3 mois

En conclusion. Le rapprochement des dispositifs est une bonne chose, ce rapprochement a permis aux différents professionnels une approche de l'addictologie, le moyen de mieux connaître le travail des autres et de s'appuyer sur leurs compétences spécifiques. Il permet à chacun d'aller plus loin dans la prise en charge globale du patient. Il convient de laisser beaucoup de souplesse à ce rapprochement dans l'intérêt du patient. La formation aux problématiques doit concerner l'ensemble des professionnels en contact avec le patient.

1) Présentation

Directrice du CCAA depuis 5 mois, auparavant elle était coordinatrice d'un réseau social auprès des personnes prostituées, a travaillé à l'étranger dans des ONG. Association qui dépend de l'ANPA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie) et depuis peu ANPAA, fin 2002 (en Alcoologie et en Addictologie) sous l'impulsion du Dr FLEURY (président du conseil d'administration) très impliqué et responsable ELSA-Bordeaux. Cette association est à la fois Comité départemental de prévention de l'alcoolisme de la Gironde et centre de cure ambulatoire d'alcoologie et tabacologie.

L'association a une mission de prévention et de soins
Pour la partie soins, équipe pluridisciplinaire dont la vocation est d'accueillir les personnes en difficultés sur Bordeaux et la Gironde. 23 lieux de consultations ouverts au public : consultations pour les personnes concernées et leurs familles avec mise en place d'ateliers thérapeutiques (écriture, chant...). Dès l'accueil (direct ou téléphonique) la personne est orientée vers le médecin, psychologue ou assistante sociale...(personne à l'accueil est formée).
Pour la partie prévention, il y a une équipe spécifique pluridisciplinaire qui a un rôle d'information et de sensibilisation, de formation, de soutien psychologique.

2) Le consommateur

Bien entendu il s'agit d'une poly-consommation qui touche surtout les jeunes pour lesquels les drogues en général ont été banalisées. Pour le centre, il s'agit surtout d'une prise en charge de personnes concernées par l'alcool et le tabac. En principe, les personnes sont orientées vers les équipes de liaison de toxico quand le problème est plus centré sur les drogues.

3) Les pratiques

Pour l'alcool et le tabac, il y a davantage prise en compte des usages à risque et nocifs alors que jusque là c'était surtout la dépendance.

Problème concernant la prise en charge de la maladie mentale associée à un problème d'addiction. Difficulté pour orienter vers le psychiatre (cultures professionnelles différentes) et manque de médecins et de places en psychiatrie.

Une ouverture et un travail en partenariat s'est réellement développé ces dernières années : avec les travailleurs sociaux, les maisons de retraite, les associations, hôpitaux...Après une sensibilisation globale, il y a mise en place de groupes relais pour une action dans le temps.

Important travail auprès des médecins généralistes dont la pratique doit évoluer. Lors de l'ouverture d'une consultation, tous les médecins sont invités, l'idée est de les amener à adresser les patients au plus tôt (repérage précoce). Deux médecins généralistes ont été formés et réalisent un travail auprès de leurs confrères : adapter un questionnaire pour adresser au plus vite les patients dans les centres de consultations adaptés.

Actuellement, les associations sont amenées à développer leurs champs de compétences vers toutes les addictions pour une meilleure orientation de la personne pour la prise en charge.

4) La prévention

Un important travail est réalisé auprès des jeunes notamment en lycées et collèges (à la demande des établissements) : le point critique ce sont toujours les établissements où

l'équipe (direction, enseignants, infirmière) est très impliquée qui sont demandeurs, certains établissements ne se manifestent jamais (or ils sont très concernés), un travail reste à faire au niveau de l'éducation nationale.

Un travail de prévention est également réalisé en milieu festif où les personnes sont interpellées pour information, documentation et sensibilisation.

Actuellement, ils ont des actions sur la durée (pour eux c'est ce qu'il faudrait développer en premier lieu) : travail sur 5 lycées et CFA avec un groupe d'élèves intéressés par cette action, il y a un suivi et accompagnement tous les mois pour les sensibiliser à l'alcool et l'addictologie. En juin 2004, une manifestation à grande échelle aura lieu pour donner suite à tout le travail réalisé avec les élèves, exposition, manifestation culturelle (peut être pièce de théâtre) qui permet aux élèves d'être impliqués et participer à un travail expérimental.

Il y a également prise en charge par le centre des enfants qui vivent en milieu alcoolique (ou/et tabac) lorsque les parents sont pris en charge, un travail est réalisé auprès des jeunes qui les accompagnent.

Travail sur un projet de sécurité routière : prévention des conduites addictives auprès de toutes les classes de seconde. 5 associations (vrai regroupement) travaillent sur ce projet, sensibiliser les lycéens. 50 lycées se sont portés volontaires. Interventions par groupes de 10-12 élèves sur les conduites addictives et la sécurité routière.

Un travail d'information, de sensibilisation est également en cours et progresse auprès des entreprises (du public surtout) et de leur personnel (sociétés de bus, DDE, ...) : sessions de sensibilisation avec présence de psychologue qui anime avec des jeux de rôle...

5) Problématiques - propositions

En matière de prévention, il y a un manque tant en terme d'une vraie politique qu'en terme de moyens : le budget du centre a été diminué de moitié pour la prévention alors que son budget soins est en extension.

Pour la prévention, il manque au niveau des régions un Comité de Pilotage de toutes les addictions pour coordonner les actions, pour permettre les échanges, le partage des pratiques, mettre en œuvre des projets communs.

Un manque réel de formation est souligné pour l'ensemble des professionnels surtout pour les médecins (approche psychologique, maladie mentale)

Un manque de structures adaptées est à souligner pour accueillir les personnes qui sont suivies et qui ne peuvent vivre seules dans la société

Encourager la mise en place des relais pour des actions à long terme. Intégrer dans des programmes pédagogiques la prévention.

I – Présentation :

L'ANIT :

L'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie) est une association loi 1901. Elle a fédéré les intervenants en toxicomanie. C'est un lieu de rencontres où ceux-ci définissent des grands axes communs.

Un peu d'histoire nous permettra de comprendre à quel point les dispositifs relatifs à la toxicomanie étaient diversifiés et éclectiques, et comment ils se sont progressivement mis en cohérence et fédérés.

Histoire :

Vers la fin des années 60, l'usage de drogue fait l'objet de répression en France. En effet, une confusion existe entre drogués et révolutionnaires. De plus, en 1969, pour la première fois, une jeune femme est retrouvée morte d'overdose dans une boîte de nuit à Bandol. Donc, la pression à légiférer débouche sur la loi de 1970 basée sur un principe de répression. La prévention y est absente. Le soin y est évoqué mais par le biais de l'injonction thérapeutique. L'anonymat et la gratuité sont liés à la pénalisation.

La question se pose donc à ce moment là de la prise en charge de ces populations de drogués. La psychiatrie est sollicitée, mais elle n'est pas preneuse car elle est très inadaptée à cette problématique nouvelle.

Comme il n'existe pas de théorie globale du soin, les pouvoirs publics encouragent la diversité des interventions et financent des structures des plus sérieuses aux plus fantasques, telles que le centre « Contre-Tout » ou des institutions qui fondent leur action sur la reconstitution d'un univers communautaire, dans lesquelles l'idée de soin est quelque peu évincée.

Vers la fin des années 70, la Direction Générale de la Santé préconise une plus grande professionnalisation du secteur de la toxicomanie.

La fédération du secteur est amorcée par une hostilité commune à une association : « Le Patriarche ». Celle-ci est tristement célèbre, dans le milieu, pour son expansionnisme qui se développe au détriment des prises en charge, l'absence de liberté des toxicomanes et les violences dont ils font l'objet.

Dans les années 80 apparaît le phénomène du sida. Celui-ci met en lumière une carence fondamentale, qui est l'absence d'abord médical. Malheureusement, il induit plutôt un cloisonnement des réflexions puisque les crédits du sida sont distincts de ceux de la toxicomanie. La nécessité de médicaliser les prises en charge des toxicomanes est patente.

Parallèlement, les problématiques posées par le sida donnent naissance à deux débats importants : faut-il soigner ou réduire les risques ? quelle est la place de la substitution ?

La substitution est une stratégie de soin visant à supprimer les injections. Deux programmes méthadones ont été mis en place depuis cette époque. En 1994, la Commission Henrion aborde le développement de la substitution. Il en est de même pour les travaux de M. Parquet et de M. Roques.

En définitive, on a pu constater une réelle professionnalisation du secteur de la toxicomanie, sur un plan socio-éducatif d'abord, puis médico-psychologique.

La loi du 2 janvier 2002 fait entrer les dispositifs dans le secteur médico-social, et les fait ainsi sortir du statut de secteur d'exception. Cependant, il ne possède toujours pas de réel fondement législatif, puisqu'il ne repose que sur la loi 1970.

La place de l'ANIT dans le secteur de la toxicomanie :

Les dispositifs de la toxicomanie englobent principalement trois domaines : les CSST, la prévention et la réduction des risques.

L'ANIT en fédère les acteurs. Jusqu'en 1994, il ne s'agissait que de personnes physiques, et aujourd'hui elle inclut des personnes morales, dont 150 à 200 associations gérant des CSST.

Les CSST reposent sur deux textes principalement : un décret de 1992 définit les missions des CSST et confère une plus grande cohérence au dispositif, un décret de 2003 fait évoluer le texte en fonction des pratiques et besoins, développe la médicalisation et la réduction des risques et ajoute la substitution aux missions des CSST.

La prévention n'est pas une mission des CSST. Ceux-ci peuvent y participer mais doivent alors demander un financement particulier (cf. supra). La prévention est donc l'apanage d'autres dispositifs. Il faut distinguer plusieurs types de prévention. La prévention primaire est celle qui vise à empêcher toute consommation de drogues. Mais, il existe aussi la prévention primo-secondaire dont l'objet est de limiter les risques liés à la consommation (à ne pas confondre avec la réduction des risques). Ce type de prévention prend en compte la distinction, mise en place par le rapport Parquet, entre usage, usage nocif et dépendance. En effet, auparavant, on considérait qu'il y avaient les abstinents et les toxicomanes, alors qu'aujourd'hui on prend en compte différents niveaux de consommation, et la prévention primo-secondaire vise à éviter le passage d'un niveau à un autre. Ainsi, par exemple, dans une intervention en prévention primo-secondaire relative au cannabis, les professionnels vont aider les consommateurs à évaluer leur consommation, la conscientiser et apprendre à la gérer.

Les statuts de l'ANIT lui confèrent la mission de favoriser les rencontres entre tous ces professionnels afin de réfléchir sur les modalités de prise en charge des toxicomanes et leur amélioration. Elle également une interface entre les pouvoirs publics financeurs et les structures de terrains.

Financements :

Le financement du secteur de la toxicomanie est complexe.

Les soins (CSST) ont été pendant longtemps financés par l'Etat. Mais cette situation était assez inconfortable du fait de l'instabilité des budgets. Donc, le financement a été transféré à l'Assurance Maladie et se caractérise aujourd'hui par une plus grande sécurité.

La prévention nécessite des financements multiples.

La réduction des risques est financée par l'Etat.

II – Le consommateur :

Evolution des consommateurs :

D'une part, la poly consommation a toujours existé, mais les statisticiens s'y intéressent plus aujourd'hui. En revanche, on peut constater qu'elle s'inscrit beaucoup plus dans le quotidien, et surtout dans celui des adolescents. Ainsi, l'usage de cannabis est marqué par un fort rajeunissement des consommateurs, et une banalisation de la consommation.

D'autre part, l'évolution des consommation se caractérise par une forte diversification des produits, une grande disponibilité de ceux-ci. Il en résulte que les jeunes sont beaucoup plus exposés à la drogue (cf. les raves). Les produits en question sont de plus en plus puissants et de moins en moins chers (un ecstasy vaut 3 euros, le subutex est vendu dans la rue moins cher qu'en pharmacie).

Enfin, les motivations de la consommation et la place des produits dans les discours ont évolué passant de la recherche d'une modification des perceptions (cf. Henri Michaux) à un besoin de dés inhibition, d'auto thérapie, de plaisir etc.

L'approche « addictologie » :

Il faut différencier addiction et addictologie. L'addiction repose sur le constat que cliniquement il existe des points communs entre les dépendances. L'addictologie est le fait de faire de l'addiction une véritable discipline.

Cependant, la pratique montre que plus on est avancé dans les produits, plus il faut une prise en charge spécifique. En effet, selon les produits consommés, les rapports aux produits, l'environnement diffèrent.

En revanche, la prévention peut être généraliste.

Ainsi, l'ANIT fait partie de la Fédération Française d'Addictologie, mais ne veut pas se fondre dans ce concept. Elle admet que des rapprochements, une collaboration entre les professionnels des différents secteurs de dépendances peuvent être intéressants, mais qu'il ne faut pas qu'ils induisent un nivellement des pratiques et des réponses.

III – Evolution des pratiques :

Les adolescents :

Les adolescents sont pris en charge de manière spécifique, à l'aide de pratiques innovantes, telles que la mise en place de « consultations cannabis ». Aujourd'hui on recense environ 70 dispositifs spécifiques dont les modalités diffèrent selon qu'ils sont intégrés aux CSST, en annexe à des horaires différents, ou même dans des espaces différents. Ce sont des actions à l'interface entre la prévention et la prise en charge.

Mais il existe encore des lacunes, notamment dans les interventions en entreprises.

Les rapprochements :

Concernant les CSAPA, l'Anit n'était pas contre, dans le sens où ils seraient une solution face au retard en terme de capacité d'accueil en toxicologie et alcoologie en France. Ils seraient un moyen de mettre en synergie des moyens et des compétences.

En somme, l'ANIT n'est pas hostile à une porte d'entrée commune aux différents secteurs de l'addiction, mais le traitement doit rester impérativement différent. C'est d'ailleurs l'alternative qui a été adoptée aux Pays-Bas où il existe des structures communes aux addictions mais dans lesquelles les problèmes sont bien séparés et abordés par des professionnels différents.

En tout cas, jusqu'à présent les rapprochements ont été bénéfiques. Par exemple, les professionnels de la toxicomanie utilisaient essentiellement des prise en charge au long cours et regardaient avec méfiance les prises en charge cognitive comportementales utilisées en alcoologie. Mais petit à petit est née l'idée de développer les thérapies brèves tout en les adaptant aux spécificités de la toxicomanie. De même, en alcoologie, la rechute n'était jamais envisagée avant l'apport de la réduction des risques. Aux vues des avantages que présente le rapprochement des secteurs, chaque année une journée rassemble l'ANIT, l'ANPA et l'INSERM.

En revanche, l'addictologie, telle qu'elle a été menée jusqu'à présent a été préjudiciable du point de vue budgétaire, puisque le secteur de la toxicomanie a vu ses crédits diminuer du fait du nivellement entre toxicologie, alcoologie et tabacologie.

Il est à préciser que, dans le futur, il pourra y avoir des rapprochements culturels entre l'alcoologie et la toxicologie, notamment du fait de la convergence des âges des personnes traitées. Donc cette question des rapprochements peut encore évoluer.

IV – La prévention :

Prévention :

En matière de prévention règne encore une grande cacophonie. On ne sait pas vraiment ce que c'est que la prévention, si la réduction des risques fait partie de la prévention. Il existe actuellement trois positions qui procèdent d'idéologies différentes : la prévention est soit l'occasion d'un cheminement vers le soin, soit une étape vers la légalisation des drogues, soit une manière de préserver l'ordre public. Ces points de vue supposent une utilisation différente des outils et des façons de faire, ce qui rend d'autant plus difficile de définir la prévention. Ainsi par exemple, pour Asud, la prévention englobe la réduction des risques

Afin de parler un langage commun, l'ancienne Présidente de la MILDT, Nicole Maestracci, préconisait une formation commune des acteurs compétents en matière de toxicomanie : secteur sanitaire et médico-social, Education Nationale, police, gendarmerie...L'objectif recherché est de mieux se comprendre, se parler afin de mieux s'articuler. Mais cette initiative est pour l'instant interrompue.

Réduction des risques :

La réduction des risques fait partie des dispositifs fragiles, puisqu'elle dépend des financements d'Etat, et le projet de la transférer à l'Assurance Maladie semble avoir été abandonné. C'est problématique car il est absolument nécessaire d'articuler prévention, soin, répression et réduction des risques dans une logique commune, tout en privilégiant l'aspect sanitaire.

V – L'environnement des professionnels :

Réseaux :

Les réseaux, tels que le réseau Ville-Hôpital, contribuent à la prise en charge et à la collaboration entre les acteurs. Ils sont existants et sont à l'origine d'une vraie évolution des pratiques. Pourtant deux difficultés majeures subsistent. L'une tient à la population et son évolution. Par exemple, sachant que de nombreux jeunes de la région parisienne se retrouvent dans des raves-parties qui ont lieu à des kilomètres dans d'autres départements, faut-il détacher des éducateurs et des médecins du département d'origine ? L'autre tient à l'environnement administrativo-réglementaire. La répartition des enveloppes pose problème, de même que les changements fréquents de « modes » dans les priorités des administrations. Beaucoup d'actions de prévention ont été empêchées par le gel des financements récemment.

VI – Propositions :

- Il est essentiel de faire entrer la question des addictions dans la formation initiale de nombreux professionnels.
- La loi de janvier 2002 prévoit un schéma régional qui permet de coordonner les acteurs en toxicomanie, mais un schéma relatif à la prévention est également souhaitable pour une action efficace.
- Il faut financer et donner plus de cohérence aux CIRDD (Centres d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances). Ceux-ci ont un rôle documentaire et d'ingénierie de la prévention. Ils sont financés par l'État et la région. Cependant, la réponse en ingénierie de la prévention.
- La prévention a besoin de modalités de financement plus solides.
- Il faut développer les chantiers de réflexion relative à la définition de la prévention, à ses acteurs (faut-il des préventologues ?), au montage de projet, à l'évaluation...
- La diversité des publics des lieux où on les rencontre, et des produits consommés nécessite une adaptation des interventions. Le professionnel doit être « tout terrain » et les outils adaptables.

1) Présentation

Médecin psychiatre et directeur depuis 1989 du CEID (Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue). L'association a été fondée en 1972 (le plus ancien organisme), à l'origine surtout des bénévoles. Le dispositif actuel permet de prendre en charge les usagers de drogues et toxicomanes du département. Les axes essentiels du CEID sont l'accueil, l'orientation et la prise en charge des toxicomanes (en ambulatoire), les soins avec hébergement, la réduction des risques avec accès aux soins et prévention, enfin formation, recherche, information...

L'association est également retenue comme pôle coordonnateur pour l'aquitaine de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)

Actuellement, 6 CSST, (dont) un centre méthadone, un CSST milieu pénitencier, un centre avec hébergement...

Il existe un réseau de familles d'accueil (relais), dispositif financé par le budget sida/hépatite. 10 appartements thérapeutiques. Le centre possède 50 salariés, la file active représente environ 2300 personnes.

2) Le consommateur

Augmentation des demandes de soins de la part des usagers

Les modes d'usage ont évolué (en raison des troubles que ressentent les usagers avec l'augmentation dans la prise de stimulants en milieu festif).

Les personnes rencontrées viennent davantage de milieux défavorisés.

3) Les pratiques

Equipe pluridisciplinaire, approche globale individualisée.

Au début, c'est une approche « communautaire » des toxico. Puis sont apparus les problèmes psychiatriques avec besoin d'accompagnement, la démarche s'est professionnalisée avec une approche psycho-sociale

Médicalisation des centres à l'arrivée du Sida, problème du dépistage, puis arrivée de la substitution donc nécessité de prescription (médecin, infirmier)

L'évolution des pratiques a suivi l'évolution des usagers : équipe pluridisciplinaire pour une approche et prise en charge globale et diversification de la palette des soins. (permanence d'accueil par des éducateurs, présence d'assistantes sociales..)

Le personnel reçoit une formation commune aux addictions organisée en interne.

Le domaine de la toxico présente une grande disparité.

Un manque réel de formation des médecins en formation initiale.

La nécessité d'un rapprochement des structures ne pose pas de problème pour ceux qui prennent en charge les toxico car depuis longtemps les usagers de drogues sont poly-consommateurs donc la prise en charge est globale, psycho-sociale.

Le réseau AGIR33 addiction en gironde a un réel souci du rapprochement avec l'intérêt de mutualiser les moyens.

4) La prévention

Nécessité d'une politique réelle (avant 92, la prévention était prévue par la politique de santé ; en 92 circulaire dite « de recentrage sur les soins », et 2003, la prévention est de nouveau à l'ordre du jour).

En milieu scolaire il faut centrer sur des actions fédératives qui regroupent toutes les addictions (voir action sur le département auprès des jeunes en collaboration avec les

autres associations – sécurité routière – voir compte rendu du CCAA). Les établissements scolaires acceptent plus facilement la sensibilisation lorsque c'est un soignant qui parle plutôt qu'un représentant des forces de l'ordre...
La prévention doit être réintroduite aussi dans la démarche de soins.

5) Problématiques - propositions

Nécessité d'une vraie politique de prévention à tous les niveaux (scolaire, santé, ...) avec les moyens en conséquence pour la prévention
Prévoir des actions dans la durée avec évaluation

Les freins au rapprochement des structures concerne surtout le secteur alcoologie pour qui les usagers sont davantage pris au niveau médical que psychologique. Il y a pression des acteurs dans ce domaine pour une prise en charge spécifique.

L'évolution des usagers devrait permettre (et c'est le souhait exprimé par le Dr DELILE) un rapprochement car les jeunes sont tous poly-consommateurs, il n'y a plus des toxico ou des alcoolo, mais des jeunes qui consomment un peu de tout. Il n'y a plus parmi eux l'image de l'alcoolo ou du toxico, donc le mélange des usagers ne leur posera pas de problème. Il faut prévoir et tenir compte de cette nouvelle population qui nécessitera une nouvelle prise en charge.

Il y a un problème réel de la psychiatrie (manque de psychiatres et manque de lits) qui va aggraver la nécessité du rapprochement des addictions (et qui ne va pas faciliter les barrières professionnelles). Le manque de psychiatres dans les structures sociales ne permet pas de découvrir assez précocement l'usage du cannabis (et donc le risque de troubles psychiatriques durables).

Nécessité de développer des structures d'accueil entre la prévention et les soins (notamment pour les jeunes), l'hébergement temporaire.
Développer la prévention auprès des jeunes usagers (prévention secondaire)

I – Présentation :

La Croix Bleue est une association d'anciens buveurs, caritative et d'utilité publique. Elle vise à la prévention, mais surtout l'accompagnement vers la guérison des malades alcoolo-dépendants.

Créée en 1877 en Suisse et 1883 en France, elle met en place le premier engagement d'abstinence.

Elle repose sur l'idée que la guérison est possible grâce au principe de rupture avec le produit, au moyen de l'engagement d'abstinence.

Elle préconise une approche de la personne alcoolique dans toutes ses dimensions : intellectuelle, psychologique, spirituelle... Il est à noter une évolution dans le mode de pensée de l'association, puisqu'aujourd'hui la foi n'est plus la seule réponse.

L'association est composée de membres actifs hommes et femmes abstinents soit anciens buveurs soit solidaires, de membres adhérents et de membres sympathisants.

Ceux-ci sont rassemblés en 80 sections locales dans toute la France.

Elle gère directement 3 centres de post-cure, et indirectement un centre, qui sont des lieux de soins dépendants de la dotation globale.

Ces centres comportent un directeur salarié, du personnel qualifié en alcoologie et se base sur un contrat d'objectifs et de moyens et un projet d'établissement.

L'association possède un Conseil d'Administration d'une vingtaine de membres, un bureau, un directeur de siège qui fait interface entre le CA et les centres de post-cure.

Des commissions ont été mises en place afin d'aborder des problèmes précis tels que la formation, les finances, la communication, les centres (PMSI, accréditation...)

Au niveau national, il existe plusieurs groupes d'anciens buveurs : La Croix d'Or (catholique), Le Mouvement Vie Libre (laïque), les Alcooliques Anonymes (provenant des Etats-Unis) et d'autres associations corporatives (SNCF, Ville de Paris, La Poste...). Des rencontres sont organisées afin de s'accorder sur un même langage face aux financeurs (Ministère de la Santé, Assurance Maladie, MILDT...), au sein notamment de la Société Française d'Alcoologie, devenue Société Française d'Addictologie.

II – Le consommateur :

Auparavant, l'Association était confrontée à des « alcooliques sains », qui guérissaient de l'alcool. Mais aujourd'hui, les personnes alcooliques consomment d'autres produits : médicaments, drogues dures, cannabis... De plus, ce sont des personnes beaucoup plus désocialisées, ayant souvent des problèmes « psychiatriques ». L'alcoolisme est devenu plus « complexe ».

L'évolution des consommateurs est également marquée par l'arrivée de jeunes. Les motivations de leur consommation d'alcool et d'autres substances sont liées à la notion de « flirt avec l'extrême » devant lequel l'association avoue son impuissance. Il s'agit ici d'une recherche de « défonce ». Le « boire pour boire » a remplacé la recherche de bien-être par l'alcool. Malgré des essais d'adaptation, l'association n'est pas encore en phase avec ces jeunes.

Le phénomène de poly consommation a fait naître le concept d'addictologie c'est-à-dire de prise en compte globale des dépendances. Cependant, face à l'addictologie, La Croix Bleue ne se sent pas compétente, non formée et admet son peu d'enthousiasme. Même si l'alcool et les drogues sont des psychotropes c'est-à-dire susceptibles de créer une dépendance (cf.OMS), ce sont des produits différents par leur statut légal ou non, leur coût, leurs effets...

III – L'évolution des pratiques :

Devant la complexification de la problématique de l'alcoolisme, les accompagnements sont devenus de plus en plus difficiles. C'est pourquoi a été mise en place une aide à la pratique d'accompagnement par des professionnels extérieurs à l'association. C'est une initiative de formation continue, nécessitée par la lourdeur des cas (poly dépendances, problèmes psychiatriques, transferts accompagné-accompagnant...) et à la culpabilité de l'accompagnant. L'apport d'un regard externe est bénéfique car il permet un effet miroir sur les pratiques, un recadrage de l'accompagnant de manière interactive. Mais ce ne sont que les balbutiements de la formation continue.

Les pouvoirs publics ont exprimé la volonté d'ouvrir les centres de post-cure aux drogués. Cependant, ceux-ci sont encore inadaptés : manque de formation, peur du personnel face à un problème nouveau, présence de malades qui ne boivent pas mais continuent à fumer voire même à dealer dans ces centres...

IV – La prévention :

La prévention apparaît dans les statuts de l'association. Celle-ci passe par le témoignage. Ainsi, la Croix Bleue intervient dans de multiples lieux : lycées, écoles d'infirmières, entreprises, communes, casernes de gendarmerie, prisons... Cependant, elle considère que la prévention est un métier à part entière qui nécessite des outils particuliers (cf. l'ANPA).

Elle ne souhaite pas en faire son « cheval de bataille » car elle préfère concentrer son énergie et ses moyens sur sa mission principale qui est l'accompagnement du malade alcoolique. Il existe des professionnels de la prévention qui ont la formation et les outils adéquats (cf. les Centres Départementaux de Prévention de l'Alcoolisme).

V – L'environnement :

Les réseaux sont nécessaires pour arriver à la guérison. La Croix Bleue a des relations avec :

- les hôpitaux : elle organise des réunions d'information aux malades tous les 15 jours, a des relations avec le médecin alcoologue, fait participer les patients hospitalisés à ses propres réunions en leur assurant le transport de l'hôpital au local de l'association. C'est à partir de 1950 que la médecine s'intéresse à l'alcoologie, ce qui permet d'apporter une déculpabilisation par rapport à ce qui est maintenant considéré comme une maladie, et un éclairage scientifique sur la dépendance.
- les communes : l'association reçoit des subventions des Mairies, rencontre les adjoints, le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale).
- les CCAA par le biais de réunions inter-groupes, de rencontres avec les médecins.
- les médecins libéraux.

Les réseaux ne sont pas stables puisqu'ils reposent sur des relations inter-personnelles. On peut d'ailleurs observer un rejet de certains médecins face à l'alcoolisme, même si la plupart d'entre eux sont informés à l'heure actuelle.

VI – Propositions :

- Considérer l'alcool comme un problème de Santé Publique
- Réglementer le commerce de l'alcool
- Augmenter les moyens du secteur de l'alcoologie

Le Dr Dugarin est un spécialiste de la poly toxicomanie, enseigne en France, et fait partie de différents groupes de travail en France et à l'étranger. Plutôt que de réellement répondre à nos questions, il nous a fait un historique de la prise en charge des toxicomanes.

Dans l'Antiquité, le terme *addictio* était utilisé pour désigner une personne qui tombait en esclavage pour des dettes impayées.

L'ivrogne est depuis toujours un personnage social. D'ailleurs, personne n'imagine que l'alcool puisse être toxique avant le XIXe siècle (caractère sacré du vin de messe → le corps du Christ). Les Anglais, les premiers, ont extrait les alcools forts des boissons alcoolisées et ont désigné sous le vocable « esprits ardents » les individus souffrant de troubles psychologiques du fait d'une consommation excessive.

La problématique est radicalement différente avec le toxicomane qui n'apparaît réellement dans la société qu'à la fin du XIXe siècle et qui consomme des produits venant d'ailleurs.

Un amalgame jugements de fait et de valeur s'opère :

- au départ, consommation de drogue → « il est drogué »
- années 1850 : utilisation seringue → « il se drogue »
- ensuite, création du concept de toxicomane.

Au départ, les toxicos sont des « passionnés » (artistes,...). Puis, ils deviennent des « dégénérés » (Morel – 1857) ; ensuite, ils sont « hystériques » avant de se muer en délinquants avec l'arrivée de lois interdisant l'usage de drogues.

Ce sont les médecins qui ont inventé le vocabulaire, ont créé les cures de sevrage et ont dénoncé la drogue comme un fléau (XIXe siècle). Au delà de la réprobation morale, ils mettent en place des techniques ; ainsi, Anglais et Américains inventent les prémices de la substitution dès la fin du XIXe siècle.

1ères lois :

- Convention de Schangaï (1912) : contrôle des flux d'opium
- en France en 1916, on légifère sur le produit pour le contrôler (morphine, héroïne, cocaïne)

Le concept même de toxicomanie est très hétérogène et est spécifiquement français → double acception :

- le *toxique* fait-il le toxicomane ? (logique du contrôle pour endiguer le phénomène) ;
- avec le terme *manie*, le sujet donne droit de cité au produit (responsabilité du consommateur).

Les anglais utilisent le terme *addict* qui renvoie plutôt à une notion commerciale, tandis que les polonais et les russes parlent de *narcomanes* (concept se rapportant à l'anarose).

La SDN, puis surtout l'OMS vont être gênés par le concept de toxicomanie qui est trop vaste et trop flou. Pour supprimer les aspects subjectifs et moraux, l'OMS utilise le terme pharmacodépendance à partir des années 1960-1970.

Avant 1968, la toxicomanie est un phénomène rare dont on ne parle pas et qui concerne des personnes d'âge moyen et d'un milieu particulier (artistes,...). Tout change en 1969 avec les premières overdoses relatées par la presse. Ce phénomène est d'autant plus marquant qu'il concerne la jeunesse et s'apparente à une contre-culture. Les politiques

sont contraints de s'intéresser à la question et se tournent alors vers la Commission interministérielle des stupéfiants (existe depuis 1930) qui s'est contentée jusque là de classer les drogues. La loi de référence est toujours celle de 1916 révisée en 1954. Est votée le 31/12/70 la loi cadre qui établit une distinction entre l'usager et le délinquant : l'injonction thérapeutique permet de répondre aux troubles psychiatriques du comportement de l'usager.

Les hôpitaux psychiatriques ne constituant pas la réponse optimale à la prise en charge des toxicomanes, le système de soins français se met progressivement en place à partir de bonnes volontés (Olievenstein et la création de Marmottan,...).

Durant des décennies, le budget consacré à la toxicomanie est très faible et la prise en charge est très peu médicalisée. Le système de sevrage a un rendement faible et la substitution est tardive (le Dr Dugarin la pratique à titre expérimental depuis 1973). Ce sont essentiellement des psychologues qui vont s'occuper des toxicomanes.

Le grand virage a lieu dans les années 1990 avec l'apparition d'une vague de toxicomanes atteints du SIDA. L'action énergique des médecins humanitaires va progressivement remédicaliser le système, notamment avec la substitution : un affrontement idéologique s'opère avec ceux qui prônent le sevrage.

Les premières expérimentations de substitution sont autorisées par l'INSERM en 1972. On assiste alors à une montée lente et maîtrisée de la méthadone. Tout change dans les années 1990 avec le discours du « retard français » en la matière. Avec le subutex, le risque d'overdose disparaît (s'il est consommé seul) et les médecins généralistes sont formés pour pouvoir librement prescrire ce produit. La conséquence est une diffusion énorme et incontrôlée de subutex.

La poly-toxicomanie n'est pas un phénomène nouveau ; cependant, on assiste dans les années 1990 à une banalisation et à une poly-consommation en fonction des prix.

Intérêt du travail de la MILDT (Présidente Maestracci) qui a voulu défendre une position homogène sur la toxicomanie en favorisant la montée des enseignements, en favorisant le discours scientifique (caution) et en rapatriant le discours de l'OMS sur « l'addictologie » et la nécessité de s'intéresser davantage aux pratiques, aux relations entretenues avec les produits (dépendance) plutôt qu'au produit en tant que tel.

Conclusion :

« S'intoxiquer, c'est toujours répondre à une question qu'on ne s'est pas posée ». Cette phrase illustre, selon le Dr Dugarin, la difficulté de la prise en charge (automatiquement individuelle) et le fait qu'on ne soigne pas réellement la toxicomanie. Il ne semble pas croire (en dehors des structures hospitalières) au rapprochement entre alcooliques et toxicologues (bien qu'il y ait des rencontres, contacts, de plus en plus fréquents) et encore moins au rapprochement entre alcooliques et toxicomanes (fossé sociologique).

Le Dr Dugarin défend également l'idée qu'il y a toujours des effets pervers (dans la prohibition comme dans la libéralisation) et qu'il appartient aux politiques de définir la conduite à suivre. En citant Heidegger (« La science ne pense pas »), il insiste sur le fait que la médecine n'est pas une science mais une pratique, et qu'il n'appartient pas au médecin de définir la politique de santé publique qui doit être menée (et qu'il n'a donc pas à formuler de propositions).

1) Présentation

Médecin gastro-entéro-hépatite, très vite confrontée aux problèmes d'alcoologie qui ont suscité son intérêt d'où une formation spécialisée pour la prise en charge de ces patients. Praticien hospitalier temps plein, elle a rejoint le CHU de Bordeaux depuis un an et est membre de l'ELSA, conduite par le Dr Fleury.

L'équipe de liaison est au service des patients hospitalisés présentant un problème d'alcool, de tabac ou de toxicomanie. Elle émane du regroupement de l'équipe de liaison de toxicomanie du centre hospitalier spécialisé et des équipes du CHU d'alcoologie et de tabacologie. Elle est régie par la circulaire du 8 septembre 2000 qui incite tous les soignants à former les patients addictifs, à leur proposer un bilan et si nécessaire à les accompagner pour un sevrage et des soins de suite.

L'équipe prend en charge les patients aux urgences et dans les services hospitaliers, met en relation l'amont et l'aval du séjour à l'hôpital dans un travail en réseau avec les médecins traitants et spécialistes, travailleurs sociaux, structures diverses. Elle aide et forme les personnels soignants et a un rôle de prévention.

Il y a donc eu rapprochement de toutes les compétences, chacun gardant sa spécialité mais avec une formation qui permet de répondre et d'orienter toutes les urgences. Un numéro unique de téléphone et un secrétariat pour toutes les addictions et une équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, soignants, secrétaire).

2) Le consommateur

Il y a une population nouvelle notamment les toxico qui consomment l'alcool ou autre, plus difficile. Une grande consommation chez les jeunes (poly-consommation) et un souci d'actions de prévention à développer auprès des jeunes. Elle évoque également la consommation d'alcool importante chez les personnes âgées qui constitue un problème majeur mais avec un déni total de la société en général.

3) Les pratiques

Pour l'alcool, il y a davantage prise en compte des usages à risque et nocifs alors que jusque là c'était surtout la dépendance (en raison des conséquences économiques, sociales).

Un budget a été accordé pour former les médecins généralistes au dépistage et au traitement des usages à risques et nocifs afin d'agir en amont. Là il y a encore un énorme travail à faire, les médecins libéraux gardent toujours l'image de l'alcoolodépendant qui prend du temps et fait perdre de la clientèle ! Pour elle il ne faut pas plus de temps, simplement une pratique différente avec un véritable questionnaire du patient autour de la consommation de l'alcool. Travail de formation et de collaboration.

Même à l'hôpital, on constate que les personnes alcooliques ont subi de nombreux passages à l'hôpital avant que ne soit détecté l'usage.

4) La prévention

Des actions d'information et de formation des professionnels est à développer notamment au niveau des urgences hospitalières, des médecins généralistes et de l'ensemble des professionnels qui travaillent autour des jeunes notamment.

Tout le travail en amont est à développer et à coordonner.

La prise en charge globale du patient et non plus du produit devient une réalité et cela semble être accepté. Le regroupement des compétences mais avec une spécialisation des professionnels est pour elle importante et cela fonctionne bien (lieu unique de contact, des consultations sur tous les sites).

5) Problématiques - propositions

Des actions de prévention à développer plus précocement chez les jeunes.

Manque de places d'accueil en hôpital : à ce jour seuls deux lits existent et le manque de places est réel d'autant que l'image du toxico ou de l'acoolo reste très dévalorisée voire refusée dans la plupart des services «il prend de la place et on ne sait pas quoi en faire ». Pour toute hospitalisation aiguë et même programmée, il y a une réelle problématique (la seule réponse aujourd'hui est l'hôpital psychiatrique.)

Demande forte d'un pôle hospitalisation et de lits.

Une reconnaissance réelle de la prise en charge des addictions.

Développer le partenariat avec les médecins généralistes et structures extérieures.

1- Présentation

Animateur social, travaillant au centre hospitalier de Libourne. Il fait partie du service intersectoriel de psychiatrie, de liaison et d'urgences, au Centre d'Aide Psychologique de Libourne, dont une des missions est de répondre aux urgences psychiatriques du centre hospitalier (au service des urgences mais également dans les services, à leur demande). Cette structure a ouvert également un centre de consultations médico-psychologiques en ville, accessible directement à la population. De plus, l'équipe est très engagée dans la prise en charge des addictologies (fait partie du réseau ville-hôpital de toxicologie, du sida...)

Le rôle de l'animateur social est intéressant, lien entre le soin et le travail sur le terrain, de prévention. Il reçoit toute personne en lien avec les pratiques addictives dont il assure le suivi et l'accompagnement. Diplôme d'animateur en psychiatrie, a fait un DU de toxico et actuellement un DU d'addictologie (préparé par deux seuls centres en France, Paris et Bordeaux).

2- Une expérience

Une mission récente de l'animateur est la mise en place d'un «bus ARTHUR » (depuis deux ans), véhicule itinérant, dont l'objectif est d'aller à la rencontre des personnes (jeunes adultes et adultes) pour une information, documentation et écoute, détection des « failles »... C'est un projet développé par l'animateur et cette expérience est novatrice : le bus est financé et appartient à un centre hospitalier. Mis en place discrètement, c'est aujourd'hui une référence et l'équipe est sollicitée pour un développement de cette pratique. Pour l'animateur, il faut aller au-devant de la population concernée.

Le bus va là où se situent les jeunes, les regroupements importants : dans les quartiers difficiles, devant des établissements scolaires, les gares, les soirées festives... Il constitue un véritable lieu d'accueil, d'écoute, d'échange, dans l'anonymat et le respect de la personne qui parle (importance de la mise en confiance). L'animateur est toujours accompagné d'un infirmier psy, voire de deux qui permet par des techniques appropriées d'évaluer où en est la personne en matière de consommation (problèmes des conduites alimentaires, sida, suicide)...

Le bus, graffité par des jeunes, attire l'attention et a amené une réelle fréquentation. Aujourd'hui, il évolue car il est connu et reconnu : il redevient un bus neutre, repeint, avec juste la mention «centre hospitalier » et «bus ARTHUR » dont l'objectif est d'aller vers des personnes plus âgées. Les usagers, très surpris de se trouver face à des soignants, fréquentent le bus sans appréhension car nettement moins traumatisant que d'aller à l'hôpital.

Pour l'animateur, l'approche globale des dépendances est nécessaire (prise en compte du sujet, du produit, de l'environnement). Le premier usage est lié à un phénomène de groupe, de curiosité, et la structure de la personnalité est un élément important. Toutes les couches sociales sont touchées, partout (pas une commune n'est épargnée) c'est un fléau national. L'action sanitaire n'est pas adaptée : il faut beaucoup de temps pour le soin et l'accompagnement.

L'utilisation du cannabis chez les jeunes a pris une proportion importante : les jeunes n'ont plus de repères, sont mal. Il y a un vrai travail de prévention mais aussi d'éducation à la santé à entreprendre.

Il y a une véritable souffrance des jeunes et il faut travailler le « pourquoi », la prise en charge se fait par palier.

3- Pratique des professionnels

Elle évolue et dans cette expérimentation de travail sur le terrain, les professionnels, notamment les infirmiers, ont changé dans leur perception et leur pratique. Très critiqué au départ, la mise en œuvre du bus avec un permanent (l'animateur) accompagné d'un infirmier a provoqué des réactions (opposition, refus, doute) et ceux qui ont fini par accepter de jouer le jeu y trouvent beaucoup d'intérêt. La pratique est modifiée, les heures de travail varient (le soir de 20 h à 3 h du matin), mais il y a également une autonomie de travail. Grande confiance et délégation des médecins. Une fois par mois l'ensemble de l'équipe au complet (même ceux qui restent sur l'hôpital) se réunit pour faire le point de ce qui a été réalisé, les critiques.. du travail avec le bus. Restent les médecins à convaincre d'aller sur le terrain avec le binôme ce qui reste plus difficile (les représentations sont fortes) et pourtant le besoin se fait sentir d'aller plus loin. C'est un travail de suivi médical et psycho-social. Cela contribue à changer l'image de la psychiatrie : ouverture, proximité. Il est important que ce soit des professionnels, reconnus, qualifiés qui utilisent du matériel certifié (c'est un impératif)

Un travail en réseau existe avec les associations, la ville, le CCAS, la mission locale, resto du cœur...il y a une rencontre annuelle d'échange sur les pratiques, les problèmes, la précarité, qui facilite la connaissance des différents interlocuteurs et donc le travail en commun (aller dans tel secteur, priorité pour un tel pour le logement...)
Actions spécifiques dans les lycées (à leur demande) et sur un thème arrêté par les élèves.

4- Les difficultés rencontrées

Il y a de réelles carences au niveau de la formation des professionnels, notamment des médecins généralistes (très souvent ils appellent pour l'utilisation du subutex par exemple...). Ce n'est pas forcément un refus de prise en charge des addictions, c'est surtout une méconnaissance des problématiques, une incompréhension et un manque de formation.

Un manque au niveau du travail auprès des familles : nécessité de développer des lieux d'écoute, d'échange avec les familles pour aborder les difficultés rencontrées et redonner des outils pour l'éducation des enfants.

Insuffisance des moyens notamment auprès des jeunes ados. Une véritable politique de prévention doit être mise en place. Le travail d'information sur les poly-consommations doit être développé au niveau de l'éducation nationale, travail d'information des familles

5- Les propositions

Il y a un vrai travail de prévention à réaliser, beaucoup plus tôt : dès le primaire, le besoin d'information est nécessaire et l'enfant est encore dans le respect de l'adulte, il est capable d'entendre. C'est une piste importante.

- Que la prévention soit reconnue et renforcée notamment chez les plus jeunes
- mettre en place des points d'écoute et de parole, d'éducation pour les parents et les mères isolées
- renforcer tous les lieux d'écoute, de parole pour les personnes qui sont dans les pratiques addictives
- en matière de santé publique, reconnaître la fonction de prévention et notamment dans les hôpitaux
- redistribution des moyens (ce n'est pas que des moyens nouveaux) et une réelle définition de santé publique (politique réellement affichée)

<p style="text-align: center;">Entretiens téléphoniques avec les Docteurs : Ettendorff, médecin généraliste à Bonneuil-sur-Marne (94) Mimoun, médecin généraliste à Toucy (77)</p>

I – Présentation

Les deux médecins sont dans un cabinet de groupes, chacun à proximité d'une zone de HLM.

II – Le consommateur

Tous les deux suivent trois ou quatre toxicomanes. Le principe est qu'ils refusent de prescrire du subutex s'ils ne connaissent pas le patient. Celui-ci doit habiter dans le quartier pour qu'ils l'accompagnent. Pour ces deux médecins, la référence reste toujours l'héroïnomanie poly-consommateur.

Ils suivent aussi quelques alcooliques.

Ils n'ont pas l'impression que le profil des consommateurs ait réellement évolué. Selon eux, les jeunes poly-consommateurs ne viennent pas spontanément chez le médecin généraliste. En tout cas, ils ne font pas partie de leur clientèle.

III – Pratiques des professionnels

En matière d'alcool, pas d'évolution notable. Le principe reste toujours la recherche du sevrage puis de l'abstinence. Pour les deux médecins, la démarche essentielle reste la volonté de la personne.

En matière de toxicomanie, la substitution modifie les pratiques, mais le Dr Ettendorff refuse d'admettre un changement de philosophie. Pour lui, l'objectif à moyen terme reste le sevrage. Il accepte de prescrire du subutex pendant quelques temps et, en fonction de la personnalité et de la dépendance du patient, propose ensuite de diminuer les doses. Deux possibilités : le patient accepte et s'engage dans une démarche de sevrage ou il ne revient pas consulter.

Le Dr Mimoun est davantage dans la ligne d'une réduction des risques et cherche à créer du lien en attendant que le patient ait lui-même le désir de sortir de la dépendance. Il ne provoque pas de prise de conscience chez le patient et estime que des prémisses de socialisation sont déjà un petit résultat.

Globalement, les deux médecins ne semblent pas apprécier d'avoir des patients toxicomanes car ils n'ont pas l'impression de maîtriser la situation. En effet, les toxicomanes « magouillent et mentent constamment ». De plus, ils estiment ne pas pouvoir faire grand chose pour eux.

Le Dr Ettendorff a l'impression que la substitution sert surtout à calmer les toxicomanes pour qu'ils se tiennent tranquilles.

IV – Prévention de la poly-consommation

En matière d'alcool, toute la difficulté est d'arriver à faire prendre conscience à l'individu de l'existence d'un problème. C'est ici que se situe tout le travail de prévention qui se fonde sur des facteurs secondaires (perturbations biologiques, amaigrissement, tension,...) et permettent au médecin de supposer une consommation d'alcool excessive. Le patient avoue ou non sa dépendance sur questionnement de son médecin. C'est alors que peut s'engager une démarche de sevrage.

Il n'y a pas de démarche de prévention pour les toxicomanes. Ces derniers viennent d'eux-mêmes chercher un traitement de substitution.

V – Environnement des professionnels

Un cas de partenariat avec la justice pour le Dr Ettendorff en ce qui concerne un alcoolique (en matière de sécurité routière).
Les deux médecins travaillent en réseaux de manière ponctuelle pour des alcooliques.
Mais cela reste très peu formalisé et totalement inexistant en matière de toxicomanie.

VI – Proposition

L'un et l'autre déplorent le manque de structures d'accueil pour les patients marginalisés.

<p align="center">Entretien en tant qu'usager avec un médecin généraliste Unité de tabacologie à l'hôpital Lariboisière à Paris</p>
--

Thème 1 : Fonctions missions

Le médecin ne s'est pas présenté. Je ne sais donc pas s'il est médecin généraliste ou spécialisé. L'unité de tabacologie est rattaché au service de médecine interne de l'hôpital.

Thème 2 : Evolution du consommateur

La prise en compte du patient est tout à fait traditionnel d'une consultation de médecine générale. Il n'a été fait allusion qu'à ma consommation de tabac. J'ai aiguillé la conversation sur la consommation d'autres substances (café – alcool), mes propos n'ont pas été relevé.

Thème 3 : Evolution des pratiques

L'approche était là aussi tout à fait traditionnelle et basée sur ma consommation du produit.

Depuis quand je fume ?

Combien je fume ?

Ai-je déjà fait des tentatives d'arrêt ?

Quel est mon milieu familial et professionnel ?

Le tabac est abordé comme une drogue reconnue ayant des incidences physiques et psychologiques et l'accompagnement doit être sur ces deux plans.

Propositions, traitement : patch et relaxant.

Thème 4 : Environnement professionnel

Pour aborder le domaine de l'environnement professionnel et le réseau, j'ai fait part de mes craintes de prise de poids et de mon désir d'être accompagné par un nutritionniste et également de mes craintes d'abatement, lié au fait que je considère le produit comme un dopant et un carburant.

La réponse est qu'effectivement je peux me faire accompagné par un nutritionniste sans qu'il me soit donné les coordonnées d'un médecin ou d'un service quelconque de l'hôpital où je puisse m'adresser et pour le second point, il m'a été répondu qu'effectivement le produit était un anxiolytique et un calmant mais que je n'avais pas l'air dépressive.

Thème 5 : Prévention

Difficile de parler de ce point. Le traitement à l'arrêt doit s'accompagner d'un minimum d'effort physique et de l'absorption 1.5 l d'eau par jour.

Thème 6 : Propositions

Mes conclusions. Suite à un appel téléphonique à allo tabac : j'ai obtenu un rendez-vous sous huitaine. J'ai reçu un bon accueil autant au téléphone qu'à l'hôpital.

Cependant l'approche n'est pas une approche globale du patient, la consultation n'est pas utilisée pour faire le point avec le patient sur ses conduites addictives. L'accompagnement à la démarche d'abstinence est des plus traditionnelles et basée sur le produit. En tant que patient, si j'avais choisi un accès au soins par la porte d'entrée de la tabacologie, alors qu'une demande plus profonde avait été autre, je n'aurais en rien reçu l'aide qu'on pouvait y attendre.

Entretien avec Madame DONADEO et le Docteur BOST
Infirmière et psychiatre au CHRS « Relais de la Poterne »
75013 Paris

Le CHRS reçoit des hommes seuls en grande précarité. Sa capacité est aujourd'hui de 300 lits, il y a quelques années le CHRS accueillait 600 personnes et était un centre d'hébergement d'urgence. Devant les problèmes des « résidents » le CHRS a mis en place il y a 10 ans une consultation psy permettant d'apporter aides et conseils. Outre les problèmes psy liés ou non à la précarité, la consultation permettait d'accueillir les personnes rencontrant des problématiques alcool et drogues.

Thème 1 : fonctions, missions

Infirmière diplômée d'Etat, auparavant infirmière psychiatrique. A travaillé à Saint Anne en 1983 (prises en charge de toxicomanes avec un programme de méthadone-premiers programmes de substitution) puis travail aux urgences psychiatriques. Puis plusieurs années, travail de prises en charge de toxicomanes à Marmottant, a œuvré un an en milieu carcéral à Fresnes auprès des toxicomanes et travaille depuis 1994 auprès des personnes en grande précarité.

Le médecin psychiatre travaillait en CMP sur le 13^{ème} arrondissement. Conscient des problèmes internes au CHRS, il est à l'initiative de la création de cette consultation.

La particularité de cette consultation tient à la problématique globale de la personne : Déstructuration importante, souffrance intense et déni des problématiques alcool, toxicomanie ou psy. Malgré des phénomènes d'auto-destruction importants, ces personnes ont encore des ressources.

Thème 2 : Evolution du consommateur

Sur les 10 dernières années dans ce centre, pas d'évolution de la poly consommation. La poly consommation a toujours existé en particulier chez les toxicomanes (propos de l'infirmière)

Les personnes en grande précarité connaissent les possibilités offertes pour accéder aux soins, mais il n'y a aucun suivi, aucun lieu attiré et arrêtent très fréquemment leurs traitements.

Avec l'arrivée du Sida, les prises en charge sont devenues plus lourdes et la question de la mort plus prégnante.

Thème 3 : Evolution des pratiques

Il y a une problématique interne au CHRS, Les professionnels ont tendance à chosifier les résidents Ils ne sont plus appelés par leur nom. Un travail est à faire pour professionnaliser les personnels au sein de ces structures. Une formation aux problématiques d'addiction semble indispensable.

Néanmoins, le regard des professionnels face aux problèmes de toxicomanie et d'alcool a changé. Aujourd'hui, davantage reconnues comme des maladies, les professionnels cherchent des « solutions » pour que les résidents soient soignés.

Elle constate une évolution des pratiques liées à une meilleure connaissance des problématiques d'addictologie mais surtout liées à une approche qui est moins « culpabilisante » pour les patients.

Thème 4 : Environnement professionnel

Le partenariat est très fort. Le CHRS est un maillon de la chaîne permettant l'accès aux soins. La question d'un hébergement stable est indispensable pour travailler « le soin ». Les relations sont donc très importantes avec l'ensemble des dispositifs : les CMP, les CCAA et les CSST, les établissements de cure et post-cure. Un travail important s'effectue aussi avec les unités de liaison des établissements hospitaliers.

Le réseau est sûr, ce sont des partenaires qui travaillent depuis de nombreuses années avec l'établissement. Le travail de synthèse avec les partenaires est essentiel.

« Nous travaillons ensemble et utilisons la notion de « secret partagé ». ce qui permet souvent aux différents acteurs de reprendre du souffle dans des prises en charge complexes ».

Les propositions de prises en charge sont très diverses.

Une partie de réorientation importante. Certains patients étaient déjà suivis à l'extérieur (peu dans l'addictologie). Un suivi très important est nécessaire par la suite avec l'ensemble des acteurs extérieurs.

Prise en charge également en interne mais le médecin psychiatre s'interdit de faire des prescriptions (au sens large)

De nombreuses synthèses sont effectuées- suivi en parallèle avec les acteurs extérieurs.

Il arrive quelquefois qu'un suivi se mette en place en interne, c'est inévitable.

Le choix est fait par l'institution de rester le référent du patient et de construire le parcours thérapeutique à l'envers. C'est à partir de la possibilité d'une post-cure, qu'il est réfléchi à la cure, et aux modalités de la prise en charge immédiate. Ce qui permet de construire sur le temps et limite (tant que possible) les échecs. Les problématiques des personnes reçues dans ces centres sont telles qu'il semble indispensable de travailler sur le long terme.

Un autre travail essentiel à la qualité de la prise en charge globale et à la prise en compte du patient est le maintien du lien. Il arrive que le référent du CHRS garde contact pendant plus de 2 ans avec un patient.

Thème 5 : Prévention

Le rapprochement est considéré comme une demande sociale ou politique : « La conduite addictive me semble être en rapport avec la société consumériste dans laquelle nous vivons »

On peut concevoir une approche commune des états de dépendance, il y a des fils conducteurs identiques mais dans la façon de parler du produit et de travailler cela avec le patient, c'est très différent.

La prise en charge thérapeutique, le soin ne peuvent être identiques, cela semble aberrant et ne fait pas appel aux mêmes problématiques chez les patients.

Seul sur le plan de la prévention, les messages peuvent (peut être) être identiques et il est peut être surtout souhaitable de réfléchir ensemble, de se connaître et d'échanger sur nos pratiques.

Le CHRS tente de faire de la prévention par une information plus importante, recueil, plaquettes, groupe de paroles etc... mais reconnaît qu'il y a encore beaucoup à faire.

Thème 6 : Propositions

Un travail important doit être fait au niveau de la formation de tous les professionnels (et pas seulement les soignants) du social, du médico-social et du sanitaire.

Un travail et une formation particulière en terme de prévention sur les notions de plaisir et de mort et sur le prix à payer. L'infirmière note une souffrance du corps très importante, cancers, dégradation et autres... chez des personnes de plus en plus jeunes.

L'infirmière déclare qu'une formation spécifique en terme d'approche de l'alcoologie lui a été nécessaire, non pour un problème d'accueil de cette population mais sur la manière dont on parle de l'alcool avec le patient et pour gommer les idées reçues sur la question.

Entretien Brigade des stupéfiants (Commandant - Service des Mineurs)

Thème n° 1 : présentation des fonctions et des missions

Commandant responsable d'une unité de protection et de préservation sociale (UPPS), dont les missions consistent à s'occuper des affaires de stupéfiants concernant des mineurs, de prendre en charge les mineurs victimes et les affaires de mœurs.

Thème n° 2 : le consommateur

Evolution constatée :

- baisse du nombre des consommateurs d'héroïne (avec augmentation de l'âge moyen) ;
- augmentation très forte de la consommation de cannabis et de drogues de synthèse touchant une population jeune ;
- apparition de nouvelles conduites à risque chez les jeunes filles (drogue, sexualité débridée,...).

Remarque : le cannabis est de plus en plus fort en THC et génère une dépendance plus élevée ainsi qu'un risque grandissant de glissement sur des complications psychiatriques.

Profil du consommateur de cannabis : toutes les classes sociales sont concernées (alors qu'une drogue comme l'ecstasy est consommée par des populations plus aisées).

Notion de dépendance : pour l'UPPS, approche strictement individuelle.

L'UPPS ne travaille pas sur la problématique de l'alcool.

Thème n° 3 : pratiques des professionnels

Il incombe à la brigade des stupéfiants de rendre compte de son activité à la justice : suite aux interpellations, le parquet prend la décision : rappel à la loi ou injonction thérapeutique (suivi médical ou pas).

Organisation du travail :

- depuis 15 ans, le code pénal a beaucoup évolué ; il n'est pas plus répressif aujourd'hui mais impose de multiples contraintes nouvelles aux fonctionnaires de police (ex : garde à vue avec convocation de l'avocat à la 1^{ère} heure, l'obligation de filmer les interrogatoires des mineurs,...).

Il y a encore quelques années, le règlement d'une affaire concernant un usager prenait une demi heure. Il faut quatre à cinq heures aujourd'hui pour une affaire similaire.

- chaque substitut du procureur a une « pratique personnelle » de la loi pour mettre ou non en garde à vue les consommateurs.

- la garde à vue en possession d'une seringue est interdite aujourd'hui en l'absence de produit. Cela engendre une diminution des interpellations en matière d'héroïne (or, grande importance des informations concédées par les toxicos qui permettent souvent de remonter les filières).

- insuffisance de formation des gardiens de la paix en matière de stupéfiants (évolution rapide des types de drogue sur le marché).

Thème n° 4 : prévention de la poly-consommation

Des fonctionnaires de police viennent dans les collèges et lycées pour faire de la prévention.

Thème n° 5 : Environnement du professionnel

Pas de travail en réseau (à part les établissements scolaires).

Les CSST ne recherchent pas les contacts avec la police (culture de l'anonymat).

Thème n° 6 : Propositions

Diverses pistes d'amélioration :

- accentuer les sanctions prononcées contre les dealers qui sont aujourd'hui sans proportion avec les gains escomptés. Depuis dix ans, on est confronté au paradoxe suivant : le nombre des consommateurs revendeurs augmentent en flèche, tandis que le nombre des condamnations prononcées par les tribunaux diminuent (manque de solutions des magistrats avec la surpopulation carcérale, l'importance de l'économie parallèle générée par le trafic de drogue,...).
- développer les foyers fermés pour les mineurs. En effet, les foyers ouverts sont considérés comme une sanction par la justice, alors que de nombreux jeunes le vivent très bien et sont même parfois plus libres que dans leur environnement familial.
- éviter le risque de dérapage du commerce de la drogue sur des produits plus dangereux que le cannabis (la légalisation et le contrôle d'Etat de la production pourrait engendrer ce type d'effets pervers).
- faire appliquer la loi en matière de communication sur le thème de la drogue. En effet, de nombreux leaders d'opinion et des médias font l'apologie de la consommation de drogue en toute impunité.
- combattre l'image du cannabis qui devient un modèle d'intégration dans le monde des adultes, au même titre que la cigarette pour les générations précédentes.
- se méfier de la « politique du moindre mal » et de ses effets pervers. Le contrôle des ecstasys à l'entrée des raves par les bus Médecin du Monde rassure les consommateurs sur la « pureté » des pilules qu'ils ingèrent. En matière d'ecstasy, la communication reste à faire et la consommation est en forte hausse (facilité d'ingestion par rapport à la seringue et pratiques des dealers en boîte de nuit qui mettent des ecstasys dans les boissons des jeunes à leur insu).

Feed back de l'UPPS sur l'efficacité de son action : « *impression de vider une baignoire avec une petite cuiller, alors que le robinet est ouvert et que le contenu des cuillers passe dans une passoire* ».

Pour autant, poursuite de la pratique quotidienne de la tolérance zéro qui fait partie de la prévention au quotidien auprès des mineurs et est efficace dans 10% des cas.

I – Présentation :

Mouvement de BUVEURS GUERIS, d'ABSTINENTS VOLONTAIRES et de SYMPATHISANTS qui agissent pour la GUERISON et la PROMOTION des MALADES DE L'ALCOOL et pour la PREVENTION de cette maladie, reconnu d'utilité publique, d'éducation populaire et organisme de formation .

II – Evolution des consommateurs :

Le mouvement Vie libre a pu observer une évolution des profils des consommateurs, essentiellement à deux points de vue.

D'abord, les jeunes sont confrontés au problème de l'alcoolisme, mais c'est un alcoolisme différent de celui des générations précédentes. Ils pratiquent la « défonce », pendant des week-end entiers. «Ils s'alcoolisent dur». C'est pourquoi l'association se rend régulièrement dans les lycées pour faire de la prévention. MAndré admet l'existence des mélanges qui caractérisent la consommation des jeunes aujourd'hui, sans pour autant mentionner une prise en compte de cette poly consommation dans les interventions de l'association.

Ensuite, les femmes sont plus touchées par l'alcool dépendance qu'auparavant.

III – Environnement :

Le mouvement propose des actions :

-dans les milieux scolaires :

La prévention commence dès le plus jeune âge, à l'école en particulier. Le mouvement Vie Libre, avec le concours de tous les personnels enseignants, organise des séances d'information.

-envers les femmes :

Les femmes rejoignent les hommes dans la consommation d'alcool. Le mouvement Vie Libre leur porte une attention particulière en leur donnant la possibilité de se retrouver et d'échanger entre buveuses guéries ou en voie de guérison, abstinentes volontaires et sympathisantes.

-dans les milieux du travail :

Le mouvement Vie Libre organise des stages et des plans de prévention, des conférences débats avec toutes les catégories de personnel et des réflexions communes sur les problèmes posés par l'alcool au travail.

-envers les milieux médico-sociaux :

Le mouvement Vie Libre est souvent appelé à intervenir dans le cycle de formation des infirmières, assistantes sociales, travailleuses familiales, aides soignantes, médecins, etc., pour faire part de son expérience de l'alcoolisme sur le terrain.

-envers l'opinion publique :

Par des réunions d'information, organisation de stands, diffusion de journaux et documents spécialisés.

-dans le monde carcéral.

Concernant l'environnement de l'association, M.André évoque principalement les hôpitaux et les médecins libéraux.

Avec les hôpitaux, l'association Vie Libre a de très bons rapports. Elle assure des permanences une fois par mois au Centre Hospitalier Régional de Rennes dans l'unité d'alcoologie, qui comporte un psychologue, et aussi au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes. Le contact avec les médecins alcoologues est satisfaisant.

Cependant, il existe encore un blocage avec les médecins généralistes, qui ont du mal à parler du problème de l'alcool avec leurs patients. Est-ce la peur de perdre une partie de leur clientèle ?

Cela débouche donc sur un manque de coordination avec les professionnels du secteur de l'alcoologie.

IV – Evolution des pratiques :

L'action thérapeutique commence avant les soins, quand il faut prendre contact avec le malade, à condition qu'il soit demandeur et seulement à cette condition.

C'est souvent sur un appel de la famille, d'un professionnel de la santé ou d'un travailleur social que la relation va s'établir.

Un buveur guéri, souvent accompagné de son conjoint ou d'un abstinente volontaire, va alors commencer à établir avec le malade des liens privilégiés, basés sur le témoignage du buveur guéri.

Une petite équipe de base accueillera le malade et sa famille. C'est là que se dessineront les solutions à adopter : proposition de rencontrer un médecin, de consulter un CHAA (Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie) qui orienteront vers un traitement, soit ambulatoire (à la maison, sans hospitalisation), ou vers une structure hospitalière spécialisée. Dans tous les cas, c'est le malade lui-même qui décide de la forme de son traitement, conseillé par le médecin. Pendant les soins, l'action se poursuit par une aide au malade et à sa famille. Aide sociale pour rétablir une situation souvent dégradée :

dettes, couverture sociale, logement quand cela est possible et c'est de plus en plus difficile, relation avec l'employeur si besoin, etc.

C'est après les soins (parfois après une post-cure) que les bénéfices d'une bonne collaboration entre malade, famille, soignants et anciens buveurs vont apparaître.

Par la participation aux permanences, en accueillant à son tour d'autres malades, le nouvel abstinente va découvrir ses possibilités à vivre sans la contrainte de l'alcool avec sa famille et ses amis.

Réunion, informations publiques diverses, gestion de la section, loisirs, etc... amènent à prendre des responsabilités. C'est la phase de réinsertion puis de promotion sociale à laquelle Vie Libre invite tous ses adhérents, buveurs guéris, abstinents volontaires ou sympathisants.

Concernant la toxicologie, M.André m'explique qu'ils ne sont pas formés pour cela. D'ailleurs actuellement, les structures existantes traitent soit du problème de l'alcool (CCAA, post-cure), soit du problème de la toxicomanie. En effet, ce sont deux maladies distinctes.

Mais ce serait « extraordinaire » de mettre en place un seul centre car ce sont des pathologies graves et difficiles à soigner. Elles nécessitent toutes deux beaucoup de soins, de l'écoute, un soutien de l'entourage etc... En somme, M.André préconise une mutualisation des compétences au service de problématiques similaires sur de nombreux points.